CONGRÈS DES MÉDECINS
ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

24e SESSION

STRASBOURG, 1er-7 AOUT 1920



COMPTES RENDUS

PUBLIÉS PAR

M. le Docteur COURBON
DE STEPHANSFELD

M. le Docteur LALANNE
DE MARÉVILLE

Secrétaires généraux du Congrès

MASSON & Cie, ÉDITEURS, 120, BOULEVARD St-GERMAIN, PARIS

CONGRÈS DES MÉDECINS

ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

STRASBOURG, 1er-7 AOUT 1921

CONGRÈS DES MÉDECINS
ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

24e SESSION

STRASBOURG, 1er-7 AOUT 1920

COMPTES RENDUS

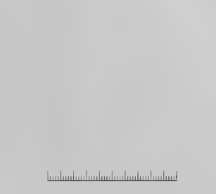
PUBLIÉS PAR

M. le Docteur COURBON
DE STEPHANSFELD

M. le Docteur LALANNE
DE MARÉVILLE

Secrétaires généraux du Congrès

MASSON & Cie, ÉDITEURS, 120, BOULEVARD St-GERMAIN, PARIS





CONGRÈS DE STRASBOURG — 1920

I

PRÉLIMINAIRES

Généralités sur les Congrès annuels

A. — AVANT-PROPOS ET HISTORIQUE DU CONGRÈS

En ouvrant ce volume, certains habitués du Congrès des Aliénistes et Neurologistes pourront être désagréablement surpris des modifications apportées dans la présentation du Compte Rendu qui leur est offert de cette première session d'après guerre. Qu'ils veuillent bien remarquer que précisément la date actuelle, à cause de l'excessive cherté des travaux d'imprimerie, a imposé ces innovations restrictives. Celles-ci, d'ailleurs, ont été votées par l'Assemblée générale, à Stéphansfeld, le 3 août dernier. Les secrétaires généraux, en les appliquant de la façon la plus stricte, n'ont eu d'autre but que de sauvegarder l'avenir financier de cette institution dont la vitalité vient de s'affirmer si grande, tant par la quantité des congressistes accourus à Strasbourg, que par la qualité des travaux qui y furent accomplis. Cette activité, ainsi que l'engagement enthousiaste, pris par les participants, de recommencer leurs réunions annuelles d'antan, indiquent que cette session est la première étape d'une ère nouvelle de prospérité pour le Congrès. Aussi, paraît-il opportun de rappeler succinctement le passé de celui-ci, avant d'exposer le compte rendu lui-même.

La création du Congrès est l'œuvre des seuls aliénistes français. Ils décidèrent, lors du Congrès international de Médecine mentale, qui se tint à Paris en 1889, de se réunir annuellement entre eux, et c'est à Rouen qu'eut lieu, en 1890, la première réunion. A cette première session fut décidée l'admission des aliénistes belges et suisses parlant le français, et le Congrès fut baptisé : « des Aliénistes des pays de langue française ». Sollier y proposa d'adjoindre les neurologistes; mais cette

proposition ne fut acceptée qu'en 1893, sur l'insistance de Brissaud, si bien que ce n'est que de 1894 que datent la constitution actuelle du Congrès, ainsi que le titre dont il est encore désigné. C'est à Clermont-Ferrand qu'il siégea ainsi au complet.

Primitivement, le bureau du Congrès, nommé à l'élection, s'occupait de la préparation de la session future, et, à la première séance, le président sortant transmettait le fauteuil au nouveau président. Cette formalité eut lieu pour la dernière fois en 1909, lorsque Grasset, à Genève, installa Prévost.

Jusqu'en 1906, les vice-présidents étaient nommés pour la session au cours de la première séance. A partir de 1906, on ne nomma qu'un seul vice-président, désigné de droit président du Congrès suivant. Par exception et par déférence pour les collègues alsaciens, cette année le vice-président Meige a cédé la place au professeur Pfersdorff de Clinique psychiatrique à la Faculté de Strasbourg. De même, en 1910, à Bruxelles, il y eut un président belge, le docteur Crocq, et un président français, le docteur Klippel.

C'est encore en 1906, à Lille, que fut créé le Comité permanent, dont la composition et les attributions sont indiquées ci-dessous, à la première page du chapitre des statuts du Congrès. La charge si importante de secrétaire général du Comité permanent fut confiée tout d'abord à M. Meige, puis, en 1911, à M. Semelaigne, qui vient de démissionner en août dernier. L'un et l'autre s'acquittèrent de leurs délicates fonctions à la satisfaction générale, et leur démission suscita les regrets de tous les congressistes. C'est à M. Semelaigne que nous sommes redevables des renseignements que nous donnons ici sur l'historique du Congrès. Il a, en la personne du docteur René Charpentier, le successeur que lui-même avait désiré et qui sera digne de lui.

Enfin, voici l'énumération des 23 sessions qui précédèrent celle de Strasbourg, avec l'indication de leur siège, des questions qui y furent discutées, des noms des rapporteurs et des membres de leurs bureaux.

I[re] Session. *Rouen* (1[er] au 9 août 1890). — Président : Professeur Ball ; Secrétaire général : Docteur Giraud. — Présentations diverses.

II[e] Session. *Lyon* (3 au 8 août 1891). — Président : Docteur Bouchereau ; Secrétaire général : Docteur Albert Carrier. — 1° Rapport : *Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralgie générale,* par le docteur Rousset. — 2° Rapport : *De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs,* par le docteur Coutagne. — 3° Rapport : *De l'assistance des épileptiques,* par le docteur A. Lacour.

III[e] Session. *Blois* (1[er] au 6 août 1892). — Président : Docteur Théophile Roussel ; Secrétaire général : Docteur Doutrebente. — 1° Rapport : *Du délire des négations : sa valeur diagnostique et pronostique,* par le docteur Camuset. — 2° Rapport : *Du secret médical en médecine mentale,* par le docteur Thivet. — 3° Rapport : *Des colonies d'aliénés,* par le docteur Rist.

IV[e] Session. *La Rochelle* (1[er] au 6 août 1893). — Président : Docteur Christian ; Secrétaire général : Docteur Mabille. — 1° Rapport : *Des auto-intoxications dans les maladies mentales,* par les docteurs Régis et Chevalier-Lavaure. — 2° Rapport : *Des faux témoignages des aliénés devant la justice,* par le docteur Cullerre. — 3° Rapport : *Des sociétés de patronage des aliénés,* par le docteur Giraud.

V[e] Session. *Clermont-Ferrand* (6 au 11 août 1894). — Président : Professeur Pierret ; Secrétaire général : Docteur Hospital. — 1° Rapport : *Rapport de l'hys-*

térie et de la folie, par le docteur Gilbert Ballet. — 2ᵉ Rapport : *Des névrites périphériques,* par le docteur Babinski. — 3ᵉ Rapport : *De l'assistance et de la législation relative aux alcooliques,* par le docteur Ladame. (Devenu Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.)

VIᵉ Session. *Bordeaux* (1ᵉʳ au 7 août 1895). — Président : Professeur Joffroy ; Secrétaire général : Docteur Régis. — 1ᵉ Rapport : *Les psychoses de la vieillesse,* par le docteur Ritti. — 2ᵉ Rapport : *Corps thyroïde et maladie de Basedow,* par le docteur Brissaud. — 3ᵉ Rapport : *Des impulsions épileptiques,* par le docteur Victor Parant père.

VIIᵉ Session. *Nancy* (1ᵉʳ au 5 août 1896). — Président : Professeur Pitres ; Secrétaire général : Docteur Vernet. — 1ᵉ Rapport : *Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe,* par le docteur Séglas. — 2ᵉ Rapport : *De la séméiologie du tremblement,* par le docteur Lamarq. — 3ᵉ Rapport : *De l'internement des aliénés dans les établissements spéciaux. Thérapeutique et législation,* par le docteur Paul Garnier.

VIIIᵉ Session. *Toulouse* (2 au 8 août 1897). — Président : Docteur Ritti ; Secrétaire général : Docteur Victor Parant. — 1ᵉ Rapport : *Diagnostic de la paralysie générale,* par le docteur Arnaud. — 2ᵉ Rapport : *L'hystérie infantile,* par le docteur Bézy. — 3ᵉ Rapport : *Organisation médicale des asiles d'aliénés,* par le docteur Doutrebente.

IXᵉ Session. *Angers* (1ᵉʳ au 6 août 1898). — Président : Docteur Motet ; Secrétaire général : Docteur Petrucci. — 1ᵉ Rapport : *Les troubles psychiques post-opératoires,* par le docteur Rayneau. — 2ᵉ Rapport : *Les délires transitoires au point de vue médico-légal,* par le docteur Vallon. — 3ᵉ Rapport : *Du rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux,* par le docteur Coulon.

Xᵉ Session. *Marseille* (4 au 9 avril 1899). — Président : Docteur Doutrebente ; Secrétaire général : Docteur Boubila. — 1ᵉ Rapport : *Les délires systématisés secondaires,* par le docteur Anglade. — 2ᵉ Rapport : *Aliénés méconnus et condamnés,* par le docteur Taty. — 3ᵉ Rapport : *Les psychoses polynévritiques.* (Le rapporteur n'ayant pas été prêt, le docteur Ballet fit un rapport oral.)

Congrès de 1900. Section de psychiatrie du XIIIᵉ Congrès international de médecine, *Paris* (2 au 9 août 1900). — Président : Docteur Magnan ; Secrétaire général : Docteur Ritti. — 1ᵉ Rapport : *Les psychoses de la puberté,* par les docteurs Ziehen (Utrecht), Ant. Marro (Turin), A. Voisin (Paris). — 2ᵉ Rapport : *De l'anatomie pathologique de l'idiotie,* par les docteurs Mierzejewski (Russie), Kuttleworth et Fletcher-Begel (Angleterre), Bourneville (Paris). — 3ᵉ Rapport : *De l'alitement dans le traitement des formes aiguës de la folie et des modifications qu'il pourrait entraîner dans l'organisation des établissements consacrés aux aliénés,* par les docteurs Korsakoff (Moscou), Clémence Neisser (Lemberg), Jules Morel (Mons).

XIᵉ Session. *Limoges* (1ᵉʳ au 7 août 1901). — Président : Docteur Gilbert Ballet ; Secrétaire général : Docteur Doursout. — 1ᵉ Rapport : *Physiologie et pathologie du tonus musculaire, des réflexes et de la contracture,* par le docteur Crocq. — 2ᵉ Rapport : *Du délire aigu au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique,* par le docteur Albert Carrier. — 3ᵉ Rapport : *Le personnel secondaire des asiles,* par le docteur Taguet.

XIIᵉ Session. *Grenoble* (1ᵉʳ au 7 août 1902). — Président : Docteur Régis ; Secrétaire général : Docteur Bonnet. — 1ᵉ Rapport : *Des états anxieux dans les*

maladies mentales, par le docteur Gustave LALANNE. — 2° Rapport : *Des tics en général,* par le docteur NOGUÈS. — 3° Rapport : *Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal,* par le docteur DUPRÉ.

XIII° SESSION. *Bruxelles* (1er au 5 août 1903). — Président : Xavier FRANCOTTE ; Secrétaire général : Docteur CROCQ. — 1° Rapport : *Catatonie et stupeur,* par le docteur CLAUS. — 2° Rapport : *Histologie de la paralysie générale,* par le docteur KLIPPEL. — 3° Rapport : *Traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les maladies mentales et nerveuses,* par le docteur TRÉNEL.

XIV° SESSION. *Pau* (1er au 7 août 1904). — Président : Professeur BRISSAUD ; Secrétaire général : Docteur GIRMA. — 1° Rapport : *Les démences vésaniques,* par le docteur DENY. — 2° Rapport : *Des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels,* par le docteur KÉRAVAL. — 3° Rapport : *Les localisations des fonctions motrices de la moelle épinière,* par le docteur SANO.

XV° SESSION. *Rennes* (1er au 7 août 1905). — Président : Docteur GIRAUD ; Secrétaire général : Docteur SIZARET. — 1° Rapport : *De l'hypochondrie* (*Etude pathologique et névrologique*), par les docteurs ROY et JUQUELIER. — 2° Rapport : *Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales,* par le docteur PAILHAS. — 3° Rapport : *Le syndrome de la névrite ascendante,* par le docteur SICARD.

XVI° SESSION. *Lille* (1er au 7 août 1906). — Président : Professeur GRASSET ; Secrétaire général : Docteur CHOCREAUX. — 1° Rapport : *Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés,* par le docteur DIDE. — 2° Rapport : *Le cerveau sénile,* par le docteur LÉRI. — 3° Rapport : *La responsabilité des hystériques,* par le docteur LEROY.

XVII° SESSION. *Genève et Lausanne* (1er au 7 août 1907). — Président : Professeur PRÉVOST (Genève) ; Secrétaire général : Docteur LONG. — 1° Rapport : *L'expertise médico-légale et la question de la responsabilité,* par le docteur Gilbert BALLET. — 2° Rapport : *Définition et nature de l'hystérie,* par le docteur SCHNYDER (Berne). — 3° Rapport : *Les psychoses périodiques,* par le docteur ANTHEAUME.

XVIII° SESSION. *Dijon* (3 au 7 août 1908). — Président : Docteur CULLERRE ; Secrétaire général : Docteur Samuel GARNIER. — 1° Rapport : *Des troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne,* par le docteur LAIGNEL-LAVASTINE. — 2° Rapport : *Formes cliniques et diagnostiques des névralgies,* par le docteur Henri VERGER. — 3° Rapport : *L'assistance des enfants anormaux,* par le docteur R. CHARON.

XIX° SESSION. *Nantes* (2 au 6 août 1909). — Président : Docteur VALLON ; Secrétaire général : Docteur MIRALLIÉ. — 1° Rapport : *Les fugues en psychiatrie,* par le docteur V. PARANT fils. — 2° Rapport : *L'aliénation mentale dans l'armée au point de vue clinique et médico-légal,* par les docteurs GRANJUX et RAYNAUD. — 3° Rapport : *Les chorées chroniques,* par le docteur SAINTON.

XX° SESSION. *Bruxelles-Liège* (1er au 7 août 1910). — Présidents : Docteurs CROCQ et KLIPPEL ; Secrétaire général : Docteur DECROLY. — 1° Rapport : *La maladie du sommeil,* par le docteur VAN CAMPENHOUT. *La maladie du sommeil et les narcolepsies,* par le docteur LHERMITTE. — 2° Rapport : *La systématisation des lésions cutanées dans les maladies nerveuses,* par le docteur ROSE. — 3° Rapport : *Alcoolisme et criminalité,* par les docteurs Auguste LEY et René CHARPENTIER.

XXI[e] Session. *Amiens* (1[er] au 4 août 1911). — Président : Docteur Deny ; Secrétaire général : Docteur R. Charon. — 1° Rapport : *Des différentes espèces de douleurs psychopathiques (leur signification, leur rôle)*, par le docteur Maillard.— 2° Rapport : *De la valeur du témoignage des aliénés en justice*, par le docteur Lalanne, de Nancy. — 3° Rapport : *Des tumeurs du corps pituitaire*, par le docteur Courtellemont.

XXII[e] Session. *Tunis* (1[er] au 7 avril 1912). — Président : Docteur Mabille ; Secrétaire général : Docteur Porot. — 1° Rapport : *Les perversions instinctives*, par le docteur Dupré. — 2° Rapport : *L'assistance des aliénés aux colonies*, par les docteurs Régis et Reboul. — 3° Rapport : *Complications nerveuses et mentales du paludisme*, par le docteur Chavigny.

XXIII[e] Session. *Le Puy* (1[er] au 6 août 1913). — Président : Docteur Arnaud ; Secrétaire général : Docteur Suttel. — 1° Rapport : *Les troubles du mouvement dans la démence précoce*, par le docteur Lagriffe. — 2° Rapport : *Les anesthésies dans l'hémiplégie cérébrale*, par le docteur Monier-Vinard. — 3° Rapport : *Des indications opératoires chez les aliénés au point de vue thérapeutique et médico-légal*, par le docteur Picqué.

XXIV[e] Session. *Strasbourg*. — Cette session aurait dû avoir lieu en 1914, à Luxembourg, avec pour président, le professeur Dupré ; pour vice-président, le docteur Meige ; pour secrétaire général, le docteur Buffet et pour secrétaire général adjoint, le docteur Lalanne. Elle se tint à Strasbourg avec le professeur Pfersdorff en remplacement du docteur Meige et le docteur Courbon en remplacement du docteur Buffet.

Ainsi donc, première victime de l'agression allemande, puisque la ville où il allait avoir lieu le 2 août 1914 était ce même jour envahie par les armées du Kaiser, le Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, devait avoir l'heureux dédommagement de siéger la prochaine fois dans la capitale même de la France délivrée. Il eut, par surcroît, le glorieux privilège d'être la première assemblée de médecins recrutés aux quatre coins du monde, où l'on parle français, qui vint débattre des questions scientifiques sur cette terre d'Alsace, que depuis des siècles se disputent la culture latine et la culture germanique. Plus nombreux, sans doute, pourront être les membres des futurs congrès médicaux qui se réuniront à Strasbourg. Déjà sont annoncés, pour 1921. ceux de médecine. de chirurgie, d'urologie. Mais l'honneur restera à la neuropsychiatrie française d'avoir inauguré la série de ces rendez-vous scientifiques médicaux dans les provinces reconquises. Et les aliénistes et neurologistes de par delà les Vosges se féliciteront d'avoir été les premiers à sceller, d'une façon officielle, la reprise de la collaboration médicale avec leurs collègues Alsaciens et Lorrains.

———————

B. — STATUTS DU CONGRÈS

BUT, SIÈGE ET COMPOSITION DU CONGRÈS

Un Congrès de médecins aliénistes et neurologistes se réunit chaque année, dans une ville de France ou des pays de langue française. Le but de ce congrès est l'étude et la discussion de questions concernant la psychiatrie, la neurologie, la médecine légale et l'assistance des aliénés. Dans les séances de ce congrès, l'emploi de la langue française est obligatoire. La durée des travaux est au minimum de quatre jours, qui, autant que possible, sont consécutifs. Deux séances ont lieu chaque jour, une le matin, une l'après-midi. En outre, des visites sont faites aux asiles d'aliénés et aux établissements pouvant intéresser les psychiatres et les neurologistes. Des excursions peuvent être aussi organisées.

Le congrès comporte des membres adhérents et des membres associés. Les membres adhérents doivent être médecins, français ou étrangers. Ils paient une cotisation de 30 fr. pour chaque session. Ils ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et comptes rendus de la session. Les délégués des administrations publiques françaises jouissent des avantages réservés aux membres adhérents, mais ne paient pas de cotisations. Les asiles d'aliénés peuvent adhérer au congrès aux mêmes conditions que les membres adhérents et, dans ce cas, reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les membres associés se composent des personnes de la famille des membres adhérents, présentés par ces derniers. Ils paient une cotisation de 15 fr. pour chaque session. Ils ne prennent pas part aux travaux du congrès, mais peuvent bénéficier des avantages accordés pour le voyage ou les excursions.

Chaque session comporte : un président, qui était le vice-président de la session précédente ; un vice-président, qui deviendra de droit président de la session suivante ; un secrétaire général. Le président et le secrétaire général sont chargés de l'organisation de la session. Ils peuvent s'adjoindre un comité d'organisation local. Les projets d'organisation d'une session doivent être soumis à l'approbation du comité permanent du congrès.

COMITÉ PERMANENT

Le fonctionnement des sessions successives du congrès est assuré par un comité permanent (décision de l'Assemblée générale du XVI[e] Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Lille, 1906). Ce comité permanent se compose de neuf membres, savoir : le président de la session ; le vice-président de la session (lequel est appelé de droit à la présidence du congrès de l'année suivante) ; six membres élus par l'Assemblée générale du congrès, renouvelables par tiers tous les deux ans et non immédiatement rééligibles ; un secrétaire-trésorier permanent.

Le comité permanent se réunit chaque fois qu'il est nécessaire, au moins deux fois par an. Une réunion a lieu à Paris au mois d'avril, dans laquelle le secrétaire permanent soumet au comité permanent le projet du programme de la prochaine session, projet élaboré après entente avec le président et le secrétaire général de la prochaine session, assistés, s'il y a lieu, d'un comité d'organisation locale. Ce projet, une fois approuvé par le comité permanent, le président et le secrétaire général de la session procèdent à son organisation. En cas de modifications à ce projet, le secrétaire général informe le secrétaire permanent, qui provoque, s'il y a lieu, une réunion du comité permanent.

Une seconde réunion du comité permanent a lieu au début des travaux du congrès. Dans cette réunion, le comité permanent, sous la présidence du président de la session actuelle, est assisté par : le vice-président, le secrétaire général et le secrétaire général adjoint de la session ; les présidents et les secrétaires généraux des congrès antérieurs.

Le comité permanent ayant recueilli, pendant l'année, les propositions qui lui sont faites concernant les sujets des rapports, le siège des sessions ultérieures, etc., en donne communication dans cette réunion, dont les membres choisissent, parmi les différentes propositions, celles qui seront soumises aux votes de l'Assemblée générale du congrès.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée générale du congrès se réunit pendant les travaux de la session. Elle se compose de tous les membres adhérents et est présidée par le président de la session, assisté du secrétaire général de la session et des membres du comité permanent. Le secrétaire général de la session précédente soumet à l'approbation de l'Assemblée le compte rendu financier de sa gestion. Le président soumet aux votes de l'Assemblée générale les propositions concernant : 1° le siège de la prochaine session ; 2° le vice-président de la prochaine session ; 3° le secrétaire général et le secrétaire général adjoint

de la prochaine session ; 4° les questions qui feront l'objet de rapports à la prochaine session et les noms des rapporteurs proposés. Tous le deux ans (années paires) l'Assemblée générale est appelée à élire deux membres du comité permanent, en remplacement de deux membres sortants désignés par tirage au sort. Il est dressé un procès-verbal signé par le président et le secrétaire général de la session. Les élections du vice-président de la prochaine session et celle des membres du comité permanent se font au scrutin secret, à la majorité absolue.

OUVERTURE DU CONGRÈS — SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE CONSTITUTION DU BUREAU

L'ouverture du congrés a lieu le matin du premier jour de la session par une séance solennelle d'inauguration, sous la présidence des autorités locales, préalablement invitées par le président de la session. Après les allocutions des personnalités officielles, le président du congrès prononce un discours d'ouverture. La première séances des travaux du congrès se tient l'après-midi du premier jour. La présidence et la vice-présidence des séances sont assurées par le président et le vice-président de la session actuelle. Ces derniers, assistés du secrétaire général, constituent le bureau du congrès. Ils désignent des présidents d'honneur, choisis parmi les notabilités régionales, et, s'il y a lieu, des présidents de séance, choisis parmi certains membres adhérents présents au congrès. Les uns et les autres peuvent être en nombre indéterminé.

Le bureau, ainsi constitué, a la direction des travaux du congrès. Le président ou le vice-président peuvent se faire remplacer pendant les séances par les différents présidents d'honneur. Le bureau fixe et modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séances, qui peuvent être dédoublées ; il veille à l'application des règlements et prend, pendant la durée du congrès, telles décisions nécessitées par les circonstances. Il est procédé aussi à la désignation de secrétaires des séances. Ceux-ci, sous la direction du secrétaire général et du secrétaire permanent, sont chargés de centraliser les documents nécessaires à la publication des comptes rendus des travaux de la session ; ils prennent note de la succession des orateurs, rédigent un résumé des communications ou discussions, recueillent et ordonnent les manuscrits, secondent le secrétaire général dans ses différentes fonctions pendant la durée du Congrès.

RAPPORTS

Chaque année, le congrès désigne trois questions devant faire l'objet de rapports à la session suivante : 1° une question de psychiatrie ; 2° une question de neurologie ; 3° une question de médecine légale ou d'assistance des aliénés,

alternativement. Pour chaque question, le congrès désigne un rapporteur. Exceptionnellement, il peut être désigné deux rapporteurs pour une même question. Les manuscrits des rapports doivent être remis au secrétaire général deux mois et demi au moins avant l'ouverture du congrès. La longueur de chaque rapport ne doit pas dépasser trente pages d'impression, condition absolue. Les figures ou planches sont à la charge des auteurs, sauf autorisation préalable du secrétaire général, d'accord avec le secrétaire permanent. Chaque rapporteur fait un résumé de son rapport à la séance fixée par le programme du congrès. La durée de ce résumé oral ne doit pas dépasser vingt minutes. Le résumé oral de chaque rapporteur est suivi d'une discussion. Les Membres du congrès qui désirent prendre part à cette discussion doivent s'inscrire à l'avance au bureau du congrès. La parole leur est donnée d'après l'ordre des inscriptions. La durée de la discussion pour chaque auteur qui y prend part ne doit pas excéder cinq minutes. Chaque membre du congrès qui prend part à la discussion doit remettre au secrétaire général, avant la fin du congrès, le texte résumé destiné à figurer dans le volume des comptes rendus. Ce texte ne doit pas dépasser une page d'impression. Lorsque la discussion est terminée, le rapporteur, s'il le desire répond successivement à chacun des orateurs.

COMMUNICATIONS ET DISCUSSIONS

Les membres adhérents peuvent faire une ou plusieurs communications orales sur des sujets concernant la psychiatrie, la neurologie, la médecine légale ou l'assistance des aliénés. La durée de l'exposé de chaque communication ne doit pas dépasser dix minutes. Les titres des communications doivent être adressés au secrétaire général quinze jours au moins avant l'ouverture du congrès. Les communications sont faites dans l'ordre où leurs titres ont été adressés au secrétaire général. Toutefois, dans l'intérêt de la discussion, le secrétaire général peut grouper dans une même séance les communications relatives à des sujets similaires. La liste des communications qui doivent être faites dans une séance peut être imprimée à l'avance et distribuée aux congressistes au début de cette seance. C'est seulement quand cette liste est épuisée, et si le temps le permet, que la parole peut être donnée à d'autres orateurs pour des communications non inscrites au programme de la séance. Lorsque les communications doivent être accompagnées de présentations de pièces, de coupes, d'appareil, etc., ou de projections, l'auteur doit en informer à l'avance le secrétaire général, qui prend, s'il est possible, des dispositions en conséquence. Des résumés des communications doivent être adressés au secrétaire général au plus tard quinze jours avant l'ouverture du congrès. S'il est possible, ces résumés sont imprimés sur feuillets détachés et distribués aux membres du congrès dans la séance où ont lieu ces communications. Ces résumés ne doivent pas dépasser une page d'impression, titre

compris (format du volume des comptes rendus du Congrès), tirage établi d'après le nombre des membres adhérents. Les résumés des communications qui n'ont pas été adressées à l'avance (avant le 15 juillet) au secrétaire général, doivent lui être remis avant la fin de la séance où ont lieu ces communications. Le texte *in extenso* des communications doit être adressé par les auteurs au secrétaire général, au plus tard deux mois et demi après la session. Passé ce délai, les auteurs s'exposent à ce qu'il ne soit publié dans le volume des comptes rendus qu'un résumé de leurs communications. Les communications *in extenso* ne doivent pas dépasser deux pages d'impression. Les figures ou planches sont aux frais des auteurs. Les communications dont ni un résumé, ni le texte *in extenso* n'auront été remis par l'auteur au secrétaire général à la date prescrite, ne seront pas publiées dans le volume des comptes rendus. Toutefois, dans ce cas, le secrétaire général peut, s'il le juge utile, publier dans le volume des comptes rendus un résumé recueilli par lui-même ou les secrétaires des séances. Les dispositions précédentes sont également applicables aux discussions soulevées par les rapports ou les communications diverses. Dans la publication des travaux du congrès, le secrétaire général peut être appelé à signaler aux auteurs certaines modifications ou suppressions dans le texte de leurs communications ou discussions. En cas de difficulté, le secrétaire général avise le secrétaire permanent, qui provoque, s'il y a lieu, une décision du comité permanent.

c. — COMPTE RENDU FINANCIER DE LA XXIII[e] SESSION

tenue au Puy du 1[er] au 6 août 1913

RECETTES

Cotisations :	
136 membres adhérents à 20 fr.	2.720[f]
30 Etablissements hospitaliers à 20 fr.	600
32 membres associés à 10 fr.	320
Subventions :	
Département de la Haute-Loire.	500
De la Ville du Puy	500
Intérêts du fonds placé 1912-13.	80 70
	4.720[f] 70

DÉPENSES

Réception officielle par le Président et les membres du Congrès.	515[f]
Frais d'administration :	
Imprimés, circulaires, correspondances, frais de bureau.	294 40
Timbres-poste, de quittance et frais de port	301 40
Frais de voyage, gratifications. Agencement de la salle des sciences du lycée. Etrennes au personnel du lycée	146 50
Impression des rapports :	
Docteur Lagriffe (400 exemplaires); docteur Monier-Vinard (300 exemplaires); docteur Picqué (300 exemplaires)	830
Frais d'envoi	63 60
Impression du compte rendu (250 exemplaires).	944 75
Frais d'envoi du compte rendu et des épreuves.	78 35
Total des dépenses.	3.174[f]

BALANCE

Recettes	4.720[f] 70
Dépenses.	3.174[f]
	1.546[f] 70

II

LE CONGRÈS DE STRASBOURG

Du 2 au 7 Août 1920

A. — Comité d'honneur du Congrès de Strasbourg

Présidents d'honneur : MM. Alapetite, commissaire général de la République en Alsace-Lorraine, et Peirotes, maire de Strasbourg.

Membres : MM. Cacaud, secrétaire général du Commissariat général ; Juillard, préfet du Bas-Rhin ; le général Humbert, gouverneur militaire du territoire d'Alsace ; Vallette, préfet du Haut-Rhin ; Mgr Ruch, évêque de Strasbourg ; MM. Ernwein, président du Consistoire de la Confession d'Augsbourg ; Schwarz, grand-rabbin ; Carré de Malberg, président du Tribunal civil de Strasbourg ; Cura, procureur de la République auprès du Tribunal civil de Strasbourg ; Charlety, recteur de l'Université de Strasbourg ; Andrieux, directeur du Ministère de l'Intérieur en Alsace-Lorraine ; Tissot, directeur de l'Assistance publique en Alsace-Lorraine ; le docteur Holtzmann, directeur de l'Hygiène publique en Alsace-Lorraine ; le docteur Weiss, doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg ; le docteur Pouy, directeur du Service de Santé militaire à Strasbourg ; Fonlupt, secrétaire général de la préfecture du Bas-Rhin ; Pfister, doyen de la Faculté des Lettres ; Beudant, doyen de la Faculté de Droit ; Bataillon, doyen de la Faculté de Pharmacie ; Ungemach, président de la Chambre de Commerce.

Au nom de ces personnalités officielles, la reconnaissance de votre secrétaire général doit ajouter celui du docteur Pierre Bucher, qu'une mort prématurée vient d'emporter. Le retentissement de cette mort à travers toute la France est une preuve de la grande et légitime autorité dont cet éminent confrère jouissait en Alsace, mais qu'il n'aimait pas exercer publiquement. Aussi, bien qu'ayant refusé de figurer sur la liste du Comité d'honneur du Congrès, apporta-t-il à l'organisation de celui-ci, un concours officieux d'une importante efficacité. Ses occupations ne lui permirent pas de suivre assidûment nos réunions. Mais il était présent à la

séance d'ouverture, ne siégeant pas sur l'estrade, mais mêlé à la foule et veillant, à la façon discrète et presque mystérieuse qui lui était coutumière, à la bonne exécution de la cérémonie. Cette tactique de réserve et de prudence lui avait permis, avant la guerre, de maintenir et de développer dans l'âme alsacienne le caractère français, en suscitant le minimum de réactions violentes chez l'oppresseur. Elle lui avait permis également de réaliser cette antinomique qualité d'être à la fois sujet allemand de Strasbourg et chevalier de la Légion d'honneur. C'est lui que Barrès décrivit dans le héros de son roman : *Au service de l'Allemagne*. Mais c'est au service de la France qu'il vint se mettre le 1er août 1914 et déployer une activité précieuse que sanctionna, après l'armistice, l'élévation au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

B. — Bureau du Congrès

Président : le docteur E. Dupré, professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine.

Vice-président : le docteur Pfersdorff, professeur de Clinique de psychiatrie à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Secrétaire général : le docteur Paul Courbon, médecin-chef de l'Asile d'aliénés de Stephansfeld, près Strasbourg.

Secrétaire général adjoint : le docteur R. Lalanne, médecin-chef de l'Asile d'aliénés de Maréville, près Nancy.

C. — Délégués au Congrès

Ministère de l'Hygiène publique : M. Rondel, inspecteur général.

Ministère de la Guerre : le docteur Chavigny, médecin principal de 1re classe, professeur de Médecine légale à la Faculté de Strasbourg.

Ministère de la Marine : le docteur Hesnard, professeur à l'Ecole de Médecine navale de Bordeaux.

Société Médico-Psychologique : le docteur Laignel-Lavastine, professeur agrégé, médecin des Hôpitaux de Paris ; le docteur Semelaigne.

Société de Psychiatrie : le docteur A. Delmas, ancien chef de Clinique psychiatrique à la Faculté de Médecine de Paris.

Société de Médecine mentale : le docteur SEMELAIGNE, président ; le docteur COLIN, secrétaire général ; le docteur DUPAIN, trésorier.

Société de Neurologie : le professeur E. DUPRÉ, ancien président ; le docteur KLIPPEL, ancien président ; le docteur H. MEIGE, secrétaire général.

Société de Médecine légale : le docteur BRIAND, médecin-chef des Asiles de la Seine.

Société de Médecine mentale de Belgique : le docteur D'HOLLANDER, professeur de psychiatrie à la Faculté de Médecine de Louvain ; le docteur FAMENNE, DE FLORENVILLE, trésorier.

Préfecture de la Seine : le docteur M. BRIAND et M. MICHEL, conseiller à la Cour d'appel de Paris.

Gouvernement Belge : les docteurs CROCQ, D'HOLLANDER et LEY.

Gouvernement Luxembourgeois : le docteur Lucien BUFFET, d'Ettelbrück.

Gouvernement Chinois : le docteur S. LÉE, médecin-major du Ministère de la Guerre à la Légation de Chine, à Paris.

Province de Liége : MM. les députés JACQUES et LABOULLE et le docteur MASSAUT.

D. — Liste des Membres du Congrès

I. — MEMBRES ADHÉRENTS

Dr **Abadie** (Jean), Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
Dr **Adam** (Aloyse) [père], Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Saint-Georges, à Bourg (Ain).
Dr **Adam** (Franz) [fils], Médecin en chef de l'Asile de Rouffach (Haut-Rhin).
Dr **Aimé** (Henri), Médecin de l'Hôpital Péan, Paris.
Dr **Albès**, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Montpellier (Hérault).
Dr **Allamagny** (P.), 17, rue Berton, Paris.
Dr **Ameline** (Marius), Directeur de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier).
Dr **Anglade**, Médecin en chef de l'Asile de Château-Picon, Bordeaux.
Dr **Arnaud** (F.-L.), Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Vanves (Seine).
Dr **Arsimoles**, Médecin-Directeur de l'Asile de Sarreguemines (Moselle).
Dr **Assoignion** (Paul), Moniteur de Clinique psychiatrique à l'Université de Lille. Médecin assistant de la Clinique départementale d'Esquermes.
Dr **Aubry** (Edmond), Médecin en chef de l'Asile de Maréville, Nancy.

Dr **Barré**, Professeur de Neurologie à la Faculté de Médecine de Strasbourg.
Dr **Baudron** (Eugène), Médecin des Asiles, à Josnes (Loir-et-Cher).
Dr **Benon** (Raoul), Médecin des Asiles, 16, rue Bonne-Garde, Nantes.
Dr **Bériel** (Louis), Médecin des Hôpitaux de Lyon, 18, rue du Bât d'Argent.
Dr **Bérillon**, 4, rue Castellane, Paris.
Dr **Blondel** (Ch.), Professeur à la Faculté des Lettres de Strasbourg, 7, quai des Pêcheurs.

Dr **Blum** (Paul), de Strasbourg.
Dr **Boiteux** (J.), Médecin en chef de l'Asile de Clermont (Oise).
Dr **Borel** (Ed.), Directeur de l'Hospice de Perreux-s/-Boudry, canton de Neuchâtel (Suisse).
Dr **Bour,** Sanatorium de la Malmaison, à Rueil (Seine-et-Oise).
Dr **Bourguignon** (Georges), Chef du Laboratoire d'électro-radiothérapie de la Salpêtrière.
Dr **Boutet,** 132, rue de Courcelles, Paris.
Dr **Briand** (Marcel), Médecin en chef de l'Asile clinique Sainte-Anne, à Paris.
Dr **Brissot,** Médecin-Directeur de l'Asile de Rouffach (Haut-Rhin).
Dr **Buffet** (Lucien), Médecin-Directeur de l'Asile d'aliénés d'Ettelbrück, Grand-Duché de Luxembourg.

M. **Charpentier** (Clément), Avocat à la Cour d'Appel de Paris.
Dr **Charpentier** (René), Médecin-Directeur de la Maison d'hydrothérapie et de convalescence du Parc de Neuilly-s/-Seine.
Dr **Chaumié** (J.), Directeur de la Maison de santé de Champvert, Lyon.
Dr **Chavigny,** Professeur de Médecine légale à la Faculté de Médecine de Strasbourg.
Dr **Colin** (Henri), Médecin en chef de l'Asile de Villejuif (Seine).
Dr **Combemale** (Pierre), Chef de clinique psychiatrique à l'Université de Lille. Médecin adjoint de la Clinique départementale d'Esquermes.
Dr **Conso** (Pierre), Directeur de la Villa Montsouris, Paris.
Dr **Corcket,** Médecin-Chef à l'Asile d'aliénés du Bon-Sauveur, à Caen (Calvados).
Dr **Cornélius,** de Paris.
Dr **Cornil,** 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.
Dr **Coulonjou** (Eugène), Médecin en chef du quartier des maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.
Dr **Courbon** (Paul), Médecin en chef de l'Asile de Stéphansfeld (Bas-Rhin).
Dr **Courjon** (Jean), Directeur de l'Etablissement médical de Meyzieu (Isère).
Dr **Crocq** (Jean), Médecin en chef de l'Asile d'Uccle (Bruxelles).
Dr **Crouzon,** Médecin des Hôpitaux de Paris.
Dr **Cruchet,** Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
Dr **Cullerre** (Alexandre), Médecin-Directeur honoraire des Asiles publics d'aliénés, 14, rue de Bouillé, Nantes.

Dr **Daday** (Pierre), Médecin-Directeur de l'Asile d'aliénés d'Evreux (Eure).
Dr **Danjean,** Médecin-Directeur de l'Asile de Châteauroux (Indre).
Dr **Dardel** (Maurice), Directeur de la Clinique du Chanet-Neuchâtel (Suisse).
Dr **Delmas** (Achille), Directeur de la Maison de santé d'Ivry-sur-Seine.
Dr **Deny** (Gaston), 18, rue de la Pépinière, Paris.
Dr **Desruelles,** Médecin adjoint à l'Asile de Saint-Ylie (Jura).
Dr **Dezwarte** (Emile), Médecin en chef de l'Asile de Niort (Deux-Sèvres).
Dr **D'Hollander** (Fernand), Professeur à l'Université de Louvain (Belgique).
Dr **Dreyfus** (G.), rue du 22-Novembre, à Strasbourg.
Dr **Dubois,** Médecin-Chef de l'Asile Sainte-Marie, à Clermont-Ferrand.
Dr **Dubuisson,** Directeur-Médecin honoraire des Asiles publics d'aliénés, à Figeac (Lot).
Dr **Ducos,** Médecin en chef de l'Asile de Cadillac (Gironde).
Dr **Dumolard** (Léon), Médecin des Hôpitaux, 64, rue d'Isly, Alger.
Dr **Dupain,** Médecin en chef de l'Asile de Vaucluse (Seine-et-Oise).
Dr **Dupin** (Pierre), Médecin Chef de l'Asile de Privas (Ardèche).

Dr **Dupouy** (Roger), Château de Fontenay-sous-Bois (Seine).
Dr **Dupré** (Ernest), Professeur de Clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Paris.

Dr **Elssen,** Médecin adjoint à l'Asile de Stéphansfeld (Haut-Rhin).
Dr **Etienne** (Georges), Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Nancy.

Dr **Faivre d'Arcier**, 9, rue Bretonnerie, à Orléans.
Dr **Famenne** (Paul), à Florenville (Belgique).
Dr **Farez** (Paul), Médecin-Inspecteur adjoint des Asiles d'aliénés, Paris, 3, rue de la Boëtie.
Dr **Fillassier,** Directeur de la Maison de santé de Suresnes (Seine).
Dr **Flournoy** (H.), Privat docent à l'Université de Genève.
Dr **Forman** (Joseph), 1, rue Aldringer, Luxembourg.
Dr **Frankhauser** (Charles), Directeur-Médecin de l'Asile de Stéphansfeld (Bas-Rhin).

Dr **Gelma,** 16, rue Appfel, Strasbourg.
Dr **Girma,** Médecin-Directeur honoraire des Asiles publics d'aliénés, Pau (Basses-Pyrenées), 8, rue Taylor.
M. **Godfrin,** Pharmacien de l'Asile de Maréville, près Nancy.
Dr **Grandjux,** 18, rue Bonaparte, Paris.
Dresse Mme **Gurd** (Adeline E.) Assistant Professor of neuro-pathology, University of Michigan (U. S.)

Dr **Haguenau,** 23, rue Hautefeuille, Paris.
Dr **Halberstadt,** Médecin-Directeur de l'Asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais).
Dr **Hamel** (Jacques), Médecin adjoint à l'Asile de Maréville, près Nancy.
Dr **Hanns,** 1, rue des Juifs, à Strasbourg.
Dr **Hartenberg,** 64, rue Monceau, Paris.
Dr **Haury,** Médecin-Chef du Centre de psychiatrie de Marseille.
Dr **Hesnard** (A.), Professeur de l'Ecole de Médecine navale de Bordeaux.
Dr **Hoën,** Asile de Sarreguemines.

Dr **Jabouille,** Médecin en chef de l'Asile de Rouffach (Haut-Rhin).
Dr **Jacques,** Député permanent de la Province de Liége, à Spa (Belgique).
Dr **Jacquin** (Georges), Médecin-Chef de l'Asile Sainte-Madeleine, à Bourg (Ain).
Dr **Jude,** Ecole de Santé militaire de Lyon.

Dr **Klippel** (Maurice), Médecin des Hôpitaux de Paris, 63, boulevard des Invalides.
Dr **Kœssler,** de Strasbourg.

Dr **Laboulle,** Député permanent de la Province de Liége (Belgique).
Dr **Ladame** (Ch.) Médecin adjoint à l'Asile de Rosegg-Soleure (Suisse).
Dr **Lagrange,** Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Poitiers (Vienne).
Dr **Lagriffe** (Lucien), Médecin-Directeur de l'Asile de Quimper (Finistère).
Dr **Laignel-Lavastine,** Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
Dr **Lalanne** (R.), Médecin en chef de l'Asile de Maréville, près Nancy.
Dr **Lallemant,** Médecin-Directeur honoraire des Asiles publics d'aliénés, Château de Mesnilville, par Saint-Clair-sur-Elle (Manche).
Dr **Lépine** (Jean), Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon.
Dr **Lerat** (Georges), Médecin adjoint de l'Asile de Nantes.
Dr **Le Savoureux,** La Vallée-aux-Loups, Châtenay (Seine).

Dr **Ley** (Auguste), Professeur de psychiatrie à l'Université de Bruxelles.
Dr **Logre** (B.-J.), 27, rue du Château, à Neuilly-s/-Seine.
Dr **Long**, Professeur à l'Université de Genève.

Dr **Mahon** (André), Médecin-Directeur de l'Asile de Mont-de-Marsan (Landes).
Dr **Manet**, à Etampes (Seine-et-Oise).
Dr **Masbrenier**, Inspecteur du Service des aliénés, à Melun (Seine-et-Marne).
Dr **Masquin**, à Saint-Didier (Vaucluse).
Dr **Massaut**, Directeur de la Colonie de Lierneux (Belgique).
Dr **Maupaté** (Léon), Médecin-Directeur de l'Asile de Fains (Meuse).
Dr **Maurice de Fleury**, Membre de l'Académie de Médecine, 39, boulevard Haussmann, Paris.
Dr **Meige** (Henri), Secrétaire général de la Société de Neurologie de Paris.
Dr **Meilhon**, Médecin-Directeur honoraire des Asiles publics d'aliénés, 16, place Pey-Berland, Bordeaux.
Dr **Mendelssohn** (Maurice), Membre correspondant de l'Académie de Médecine, 49, rue de Courcelles, Paris.
Dr **Mercier**, Médecin en chef de l'Asile de Pierrefeu (Var).
Dr **Meuriot** (Henri), Directeur de la Maison de santé de Passy, 17, rue Berton, Paris.
Dr **Mézie**, Médecin en chef de l'Asile de Lorquin (Moselle).
Dr **Miraillié** (Charles), Directeur de l'Ecole de Médecine de Nantes.
Dr **Molin de Teyssieu**, Chef de Clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
Dr **Monier-Vinard**, 3, rue du Regard, Paris.

Dr **Olivier**, Médecin-Directeur de l'Asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher).
Dr **Ollivier**, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Lehon, près Dinan (Côtes-du-Nord).
Mme **Ortarix**, 26, rue Maréchal Joffre, Bordeaux.
Dr **Oscar de Sousa**, Professeur à la Faculté de Médecine de Rio-de-Janeiro (Brésil).

Dr **Pactet**, Médecin en chef de l'Asile de Villejuif (Seine).
Dr **Parant** (Victor), Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Saint-Cyprien (Toulouse).
Dr **Pâris** (Alexandre), Médecin en chef de l'Asile de Maréville (Nancy).
Dr **Pasturel**, Directeur-Médecin de l'Asile agricole de Chezal-Benoît (Cher).
Dr **Paul-Boncour** (Georges), Médecin en chef de l'Institut Médico-Pédagogique de Vitry (Seine).
Dr **Perrussel** (G.), Asile de Maison-Blanche.
Dr **Petit** (Georges), Médecin adjoint de l'Asile de Beauregard, à Bourges (Cher).
Dr **Pfersdorff**, Directeur de la Clinique de Psychiatrie de Strasbourg.
Dr **Piéron**, Directeur du Laboratoire de psycho-physiologie à la Sorbonne.
Dr **Plagneux**, Directeur-Médecin de l'Asile de Lorquin (Moselle).
Dr **Porot**, 29, rue Mogador, Alger.
Dr **Prévot**, 5, rue de la Monnaie, Nancy.
Dr **Prince**, Directeur-Médecin de l'Asile de Hœrdt (Bas-Rhin).
Dr **Privat de Fortunié**, Directeur-Médecin de l'Asile de Lesvellec (Morbihan).

Dr **Raviart** (Georges), Professeur de Clinique psychiatrique à l'Université de Lille.
Dr **Rayneau**, Directeur-Médecin de l'Asile de Fleury-les-Aubrais, près Orléans.

Dr **Robert,** Directeur-Médecin de l'Asile d'aliénés d'Auch (Gers).
Dr **Ronquier** (A.), chargé des fonctions de professeur agrégé au Val-de-Grâce.
Dr **Roubinovitch** (Jacques), Médecin de l'Hospice de Bicêtre.
Dr **Roussy** (Gustave), Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

Dr **Saettel,** Chef de laboratoire à la Clinique psychiatrique de Strasbourg.
Dr **Sautenoise,** Médecin en chef de l'Asile de Saint-Ylie, par Dôle (Jura).
Dr **Schneider,** Chef de Clinique psychiatrique à Strasbourg.
Dr **Schwartz** (G.), Médecin-Chef de l'Hôpital civil de Colmar (Haut-Rhin).
Dr **Semelaigne** (René), Médecin-Directeur de la Maison de santé de Saint-James, à Neuilly-s/-Seine.
Dr **Sicard** (Jean-A.), Professeur agrégé et Médecin des Hôpitaux, 195, boulevard Saint-Germain, Paris.
Dr **Simonin,** Médecin Inspecteur de l'Armée, Directeur de l'Ecole du Service de Santé militaire, à Lyon.
Dr **Sixto Arman,** Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Oviédo (Espagne).
Dr **Sizaret** (Jules), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Rennes.
Dr **Sollier** (Paul), Directeur du Sanatorium de Boulogne-sur-Seine.
Dr **Spitz** (Léon), Médecin adjoint de l'Asile de Stéphansfeld (Bas-Rhin).
Dr **Suttel** (Georges), Médecin en chef de l'Asile du Puy (Haute-Loire).

Dr **Taty** (Théodore), à la Tour-de-Salvagny, par Charbonnières (Rhône).
Dr **Trénel** (Marc), Médecin en chef des Asiles de la Seine.
Dr **Truelle** (Victor), Médecin en chef des Asiles de la Seine (Ville-Evrard).

Dr **Van Bever** (François), Médecin en chef de l'Asile Dépôt pour aliénés à Anvers (Belgique).
Dr **Vernet,** Médecin-Directeur de l'Asile de Beauregard, à Bourges (Cher).
Dr **Vaucher,** chargé de cours de Clinique médicale, à Strasbourg.
Dr **Vallon** (Charles), Médecin en chef des Asiles de la Seine (Sainte-Anne).
Dr **Velter** (E.), Chef de Clinique ophtalmologique à la Faculté de Paris, Membre de la Société de Neurologie.
Dr **Viel** (B.), Médecin en chef de l'Asile de Pont-l'Abbé-Picauville (Manche).
Dr **Vieux Pernon** (Numa), Médecin de l'Etablissement hydrothérapique de Divonne-les-Bains (Ain).
Dr **Vullien,** Chef de Laboratoire de la Clinique psychiatrique de l'Université de Lille, Médecin assistant de la Clinique départementale d'Esquermes.
Dr **Vurpas** (Claude), Médecin de Bicêtre, 161, rue de Charonne, Paris.

Dr **Welter,** Médecin-Chef de service à la Maison de santé d'Ettelbrück (Grand-Duché de Luxembourg).

II. — ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Allier. — Asile Sainte-Catherine-d'Yzeure, près Moulins.
Colonie familiale de la Seine, à Ainay-le-Château.
Alsace-Lorraine. — Asile de Lorquin (Moselle).
Asile de Rouffach (Haut-Rhin).
Asile de Sarreguemines (Moselle).
Asile de Stéphansfeld (Bas-Rhin).

Ariège. — Asile de Saint-Lizier.
Basses-Pyrénées. — Asile de Saint-Luc, à Pau.
Bouches-du-Rhône. — Asile de Saint-Pierre, à Marseille.
Calvados. — Asile du Bon-Sauveur, à Caen.
Charente. — Asile de Breuty-la-Couronne.
Charente-Inférieure. — Asile de Lafond, près La Rochelle.
Cher. — Asile de Beauregard, près Bourges.
Colonie familiale de la Seine, à Dun-sur-Auron.
Asile agricole de la Seine, à Chezal-Benoît.
Dordogne. — Asile de Vauclaire.
Eure. — Asile de Navarre, près Evreux.
Finistère. — Asile Saint-Athanase, près Quimper.
Haute-Garonne. — Asile de Braqueville, près Toulouse.
Gers. — Asile d'Auch.
Gironde. — Asile de Château-Picon, près Bordeaux.
Jura. — Asile de Saint-Ylie, près Dôle.
Landes. — Asile de Mont-de-Marsan.
Loire-Inférieure. — Asile-Hospice de Nantes.
Loiret. — Asile de Fleury-les-Aubrais, près Orléans.
Marne. — Asile de Châlons-sur-Marne.
Mayenne. — Asile de la Roche-Gandon.
Meurthe-et-Moselle. — Asile de Maréville, près Nancy.
Nièvre. — Asile de La Charité-sur-Loire.
Oise. — Asile de Clermont.
Orne. — Asile d'Alençon.
Pas-de-Calais. — Asile de Saint-Venant.
Puy-de-Dôme. — Asile Sainte-Marie, à Clermont-Ferrand.
Savoie. — Asile de Bassens, près Chambéry.
Seine. — Asile Clinique Sainte-Anne.
Asile de Maison Blanche.
Asile de Moisselles.
Asile de Vaucluse.
Asile de Ville-Evrard.
Seine-Inférieure. — Asiles de Rouen.
Somme. — Asile de Dury-les-Amiens.
Yonne. — Asile d'Auxerre.
Vaucluse. — Asile de Montdevergues.
Grand-Duché de Luxembourg. — Maison de santé d'Ettelbrück.

III. — MEMBRES ASSOCIÉS

Mme **Abadie,** de Bordeaux.
Mlles **Anglade,** de Bordeaux.
Assoiginon, de Lille.
Arnaud (Jeanne), de Vanves (Seine).
Arnaud (Marguerite), de Vanves (Seine).
M. **Arnaud** (fils), de Vanves (Seine).
Mmes **Aubry,** de Maréville, Nancy.
Baudron, de Josnes (Loir-et-Cher).

Mmes **Bérillon,** de Paris.
Blondel, de Srasbourg.
Blum, de Strasbourg.
Brissot, de Rouffach (Alsace).
Buffet, d'Ettelbrück (Grand-Duché de Luxembourg).
Mlle **Callewaert,** de Bruxelles.
M. **Charuel** (Paul), de Châlons-sur-Marne.
Mlle **Cloet,** de Caen.
Mmes **Colin,** de Paris.
Corcket, de Caen.
MM. **Corcket** (Jacques), de Caen.
Corcket (Jean), de Caen.
Mmes **Courbon,** de Stéphansfeld (Alsace).
Courjon, de Lyon.
Daday, d'Evreux.
D'Hollander, de Louvain (Belgique).
Danjean, de Châteauroux.
Ducatte, de Villemonble.
Dubois, de Clermont-Ferrand.
Mlle **Dupain,** de Paris.
Mmes **Dupré,** de Paris.
Eissen, de Stéphansfeld (Alsace).
Faivre d'Arcier, d'Orléans.
MM. **Faivre d'Arcier** (fils), d'Orléans.
France, de Nancy.
Mmes **France,** de Nancy.
Gelma, de Strasbourg.
Giraud, de Rouen.
Girma, de Pau.
Godfrin, de Nancy.
Miss **Gurd Patty,** de Michigan (Etats-Unis).
Mmes **Jabouille,** de Rouffach (Alsace).
Laboulle, de Liége (Belgique).
Mlle **Labrosse,** de Paris.
Mmes **Lalanne,** de Nancy.
Lallemant, de Saint-Clair-sur-Elle (Manche).
Mlle **Lebas,** de Bayonne.
Mmes **Lépine,** de Lyon.
Manet, d'Etampes (Seine-et-Oise).
Masquin, de Saint-Didier (Vaucluse).
M. **Masquin** (Pierre), de Saint-Didier (Vaucluse).
Mmes **Massaut,** de Lierneux (Belgique).
Meige, de Paris.
M. **Meige** (Paul), de Paris.
Mmes **Mézie,** de Lorquin (Moselle).
Molin de Teyssieu, de Bordeaux.
Olivier, de Blois.
MM. **Péron,** de Paris.
Picard (L.), de Nancy.
Mme **Picard,** de Nancy.

M. **Picard** (Jean), de Nancy.
Mmes **Prince,** de Hoerdt (Alsace).
Porot, d'Alger.
Rayneau, d'Orléans.
M. **Raviart** (Georges), de Lille.
Mme **Roubinovitch,** de Paris.
Mlles **Scribe,** de Paris.
Semelaigne (Françoise), de Paris.
Semelaigne (Renée), de Paris.
M. **Semelaigne** (Georges), de Paris.
Mme **Sicard,** de Paris.
Mlle **Sicard** (Marguerite), de Paris.
M. **Sicard** (André), de Paris.
Mmes **Sollier,** de Paris.
Spitz, de Stéphansfeld (Alsace).
Taty, de la Tour-de-Salvagny (Rhône).
Vernet, de Bourges.

E. — Séance d'ouverture

C'est dans la grande salle de l'Aula de l'Université, gracieusement mise à la disposition des congressistes par M. le recteur de l'Université Charléty, qu'eut lieu le lundi 2 août à 9 h. 1/2 du matin, la séance inaugurale.

Sur l'estrade d'honneur, dans les vastes sièges taillés à la mesure de la corpulence teutonne, avaient pris place les autorités administratives, militaires, religieuses, judiciaires et scientifiques, sans le patronage collectif desquelles une réunion de personnes étrangères à la ville paraîtrait en Alsace entachée d'incorrection. Presque la totalité des membres du comité d'honneur et tous les délégués cités aux pages précédentes y figuraient. M. le haut commissaire Alapetite et le général gouverneur Humbert, déjà partis en vacances, s'étaient fait représenter par M. le secrétaire général du Haut-Commissariat Cacaud et par le général de Boissieu. M. Oesinger, adjoint, remplaçait M. le maire Peirotes, retenu à la Préfecture par l'ouverture du Conseil général.

Dans le vaste parterre, où chaque année, à l'ouverture des Facultés, les étudiants allemands venaient rituellement déployer leurs bannières corporatives et traîner leurs rapières académiques sous l'œil belliqueux de leurs maîtres, eux-mêmes militairement équipés, s'étaient assis les congressistes. Des familles strasbourgeoises, accourues pour les saluer, s'étaient jointes à eux. Et devant cet auditoire, où la gravité de la science neuropsychiatrique était harmonieusement tempérée par la gracieuse vivacité des jeunes membres associés et par l'élégance de l'assistance féminine, M. le secrétaire général du Haut-Commissariat Cacaud prit le premier la parole.

Il exprima tous les regrets que M. le commissaire général Alapetite avait éprouvés de ne pas pouvoir à Strasbourg, comme il l'avait fait en 1912 à Tunis,

présider les débats scientifiques du congrès. En son nom personnel, il souhaita la bienvenue aux congressistes. Puis, avec une compétence qui s'explique par l'intérêt qu'il a toujours porté à l'assistance psychiatrique au cours de sa carrière administrative dans divers départements de France, notamment à Lyon, M. Cacaud exposa certains caractères distinctifs des réactions de psychopathes alsaciens. Il insista sur le niveau relativement peu élevé de leur agitation qui frappe le visiteur même non spécialisé. Il signala la rareté relative de la paralysie générale, établissant des rapports entre ces constatations et les mœurs du pays, dont la population rurale l'emporte de beaucoup sur la population urbaine. Enfin, il leur fit un tableau de l'état dans lequel l'assistance des aliénés fut laissée en Alsace-Lorraine par les Allemands. Malgré sa brillante façade de Rouffach, cet état est, à bien des points de vue, à un stade d'évolution inférieure à celui qui a été atteint dans la majorité des asiles transvosgiens.

Ensuite, le professeur Chavigny, au nom du Ministre de la Guerre, le professeur Hesnard, au nom du Ministre de la Marine et M. l'inspecteur général Rondel, au nom du Ministre de l'Hygiène, marquèrent l'importance croissante des conquêtes psychiatriques et neurologiques dans le champ d'action des ministères qu'ils représentaient.

Alors, le président du Congrès, le professeur Dupré, s'avançant vers la petite table, s'installa sur l'ancien trône impérial, déchu depuis l'armistice au rang de tribune oratoire, et prononça le discours suivant :

« Mesdames et Messieurs,

« Il y a aujourd'hui six ans, jour pour jour, que le 24e Congrès des Aliénistes « et Neurologistes de France et des pays de langue française devait se réunir dans « la ville de Luxembourg. Celui auquel vous aviez fait l'honneur de le désigner « déjà comme votre président est aujourd'hui appelé à inaugurer la série de vos « travaux dans cette ville de Strasbourg, redevenue française. C'est pénétré d'une « émotion grave et d'une joie profonde, que j'assume ces fonctions, et je suis « heureux d'être l'interprète de tous les membres de notre Assemblée en adressant « nos hommages et nos remerciements à l'élite intellectuelle de la capitale de « l'Alsace-Lorraine, qui a bien voulu honorer de sa présence la séance d'ouverture « de notre Congrès.

« Je salue ici les représentants des autorités administratives, municipales, « militaires, universitaires, religieuses et judiciaires réunies, à cette occasion, dans « le cadre magnifique de l'Aula. Je remercie les collègues luxembourgeois, suisses, « espagnols, chinois, délégués officiels de leurs gouvernements; et, en adressant « aux confrères belges l'expression particulièrement cordiale de la gratitude et de « la sympathie de tous les Aliénistes et Neurologistes de France, je salue en leurs « personnes les représentants de l'héroïque et loyale Belgique, qui s'est la première « levée contre l'envahisseur parjure, et qui, après la victoire commune, reste notre « plus fidèle et plus chère Alliée.

« Je veux maintenant rappeler les noms de ceux des collègues qui, depuis le « dernier Congrès du Puy, en 1913, ont été enlevés à notre affection par la mort : « MM. Magnan, Ballet, Régis, Déjerine, Bernheim, Grasset, Rauzier, Van « Gehuchten, Picqué, Vigouroux, Ritti, le médecin-inspecteur Simonin, les docteurs « Libert, Levassort, Dromard, Carrier, Papillon, Courtellemont, Barat et Dagnan-« Bouveret, ces trois derniers morts sur le front; enfin, le docteur Ladame, de

« Genève, un des vétérans de nos congrès et un des champions les plus fidèles de « l'idée et de la science françaises, et dont le fils, héritier des traditions paternelles « le docteur Charles Ladame, de Soleure, a envoyé au Congrès un message de « sympathie et de félicitations.

« Je veux aborder maintenant, Mesdames et Messieurs, le thème, d'ordre « scientifique et professionnel, de mon discours. Je traiterai de l'*Interpsychologie* « *morbide,* de l'étude des réactions mentales mutuelles qu'on observe entre les « malades et leur entourage. Cette question de l'interpsychologie morbide n'est, à « la vérité, qu'une partie d'un vaste problème de psychologie générale, qui a déjà « sollicité l'attention, non seulement des aliénistes, mais aussi des historiens, des « philosophes, des sociologues et des juristes. Mais, désireux de me borner ici au « domaine de l'interpsychologie dans les affections mentales, telle que celle-ci se « présente à l'observation du praticien, de l'expert et du criminaliste, je distinguerai, « parmi les multiples processus de l'interpsychologie morbide, trois ordres de « réactions, définies par le sens même de la direction des influences qu'exercent « l'un sur l'autre le malade et son entourage. Ainsi s'imposent successivement à « l'étude : d'abord, sous le nom de *centripètes,* les réactions de l'entourage sur le « psychopathe; ensuite, sous le nom de *centrifuges,* les réactions du psychopathe « sur son milieu; enfin, sous le terme d'*interréactions mixtes,* les influences « réciproques et connexes, à la fois centripètes et centrifuges, qu'exercent « simultanément l'un sur l'autre le malade et son entourage.

« Parmi les réactions centripètes, les deux plus importantes sont : d'abord la « méconnaissance et ensuite l'exploitation du psychopathe par son entourage. Les « réactions centrifuges sont également de plusieurs ordres et s'exercent soit par la « suggestion, soit par l'imitation, soit par la contagion morbide. Les interréactions « mixtes comprennent, dans le synchronisme et la complexité de leurs processus, « l'intervention des influences précédentes, toujours associées, et qui s'exercent « fréquemment en dehors de la conscience du malade et de son entourage.

« Dans ces influences mutuelles, il convient de reconnaître les effets, les « produits d'une véritable combinaison interpsychologique, où se révèlent des « éléments nouveaux, parfois imprévisibles, n'appartenant en propre ni au malade, « ni à son ambiance, mais réellement issus de l'interréaction des sujets les uns sur « les autres. L'étude de tous ces courants d'*induction interpsychologique,* dont les « conséquences sociales dépassent souvent, en portée et en intérêt, les manifestations « individuelles, constitue l'objet d'une psychologie au deuxième degré.

« En effet, les multiples influences réciproques qu'exercent les unités et les « collectivités psychiques les unes sur les autres, ont toujours représenté les « grands facteurs des sociétés et des civilisations modernes. La genèse, et la succession « au cours des âges, des croyances, des dogmes, des mythes, des religions, des « légendes, des opinions, enfin la transmission et la fixation des usages, des rites, « des coutumes, des modes, des institutions sociales et des régimes politiques, « considérées dans leurs rapports avec les époques, les milieux et les races, « s'expliquent, en effet, par les grandes lois régulatrices de l'organisation sociale. « Les principales de ces lois sont l'imitation des exemples, la suggestion des idées, « la contagion des sentiments et des impulsions, fondées d'ailleurs sur la « communauté des besoins, des instincts, des appétits, et des tendances, transmises « par l'hérédité, entretenues par l'éducation et enfin consolidées dans leurs résultats « par l'intervention croissante de l'automatisme psychologique, expression de la « toute puissance de l'inconscient dans l'activité individuelle et collective de « l'homme.

« L'étude de ces influences interpsychologiques a éveillé la curiosité et suscité « les études d'un de nos compatriotes, Gabriel Tarde, dont le génie intuitif et « original, servi par une érudition très étendue et un esprit très critique, s'est « révélé dans une œuvre de la plus haute portée, où l'auteur a donné, suivant « l'expression même de Bergson, une sociologie nettement psychologique et une « psychologie toute prête à s'épanouir en sociologie. Dans ses ouvrages, si nombreux « et si suggestifs, Tarde, opérant la synthèse de l'homme individuel et de l'homme « social, a édifié une science des sociétés qui repose sur l'étude de l'âme humaine, « et une science de l'âme humaine qui tient l'individu pour prédestiné à la vie « sociale.

« Tarde a non seulement établi les lois de l'imitation, mais il a montré les « rapports réciproques de l'imitation et de l'invention, l'interférence des ondes « sociales qui, en un rythme variable suivant les époques et les milieux, engendrent « et perpétuent tour à tour ces deux processus fondamentaux de l'invention et de « l'imitation, alimentés l'un par l'autre dans l'activité inventive des élites d'exception « et dans l'activité routinière des foules anonymes. Considérant, dans l'œuvre de « l'humanité, tous les contrastes que saisissait son regard aigu et pénétrant, et « qu'associait, dans son aperception de la durée, sa vision lumineuse et synthétique, « Tarde a su concilier dans leurs chocs incessants et leur interpénétration mutuelle, « la variation et la nouveauté, soudainement jaillies de certaines inspirations « individuelles, et la répétition et la ressemblance, produits de l'automatisme « inconscient des masses.

« Il a vu l'initiative personnelle et la découverte originale réaliser des harmonies « sociales nouvelles, puis la nouveauté de ces apparitions sombrer peu à peu dans « l'habitude et la répétition universelles. Dans l'observation et la méditation de ces « antithèses et de ces contrastes, l'esprit humain s'est offert à lui sous deux grands « aspects qui s'opposent : d'un côté, le jaillissement de la création, source vive où vient « retremper ses forces le monde vieilli, et, de l'autre côté, le rayonnement expansif « de ces créations qui se propagent et se répondent de proche en proche, grâce au « grand procédé répétiteur : l'imitation. Et Tarde assimile l'imitation, en sociologie, « à l'ondulation en physique et à la génération en biologie. C'est ainsi que, du « conflit puis de l'accord progressif de ces tendances opposées de l'esprit inventif « et de l'automatisme imitatif, résultent finalement l'équilibre et l'harmonie « nécessaires à la société.

« Toutes ces thèses relatives au même thème psycho-sociologique, aussi « captivantes par la nouveauté de leur conception que par la prodigieuse portée des « perspectives qu'elles ouvrent à l'esprit, classent l'œuvre de Tarde parmi celles qui « font le plus d'honneur à la philosophie française, dont les qualités spécifiques « d'originalité inventive, d'intuition créatrice, d'érudition scientifique et de clarté « littéraire, offrent, dans sa logique et sa méthode, l'image même du génie national « dont elle est issue.

« Dans ses travaux, G. Tarde a distingué la psychologie *intramentale,* qui « étudie les rapports de l'homme avec lui-même, de la psychologique *intermentale,* « qui étudie les rapports de l'homme avec ses semblables, et s'est ainsi trouvé amené à « créer, en 1904, le terme d'*interpsychologie*, que, de mon côté, à la même époque, « j'ai proposé, au nom de la Psychiatrie, pour désigner ce domaine de la psychologie « collective, relatif à nos malades et aux membres de leur entourage, et qui « comprend l'étude, dans les cercles familial et social, de ce double courant « d'influences qui s'établit entre le psychopathe et ceux qui entrent en contact avec « lui.

« Tout sujet atteint d'une maladie commune quelconque, étrangère à la pathologie mentale, éveille dans son entourage des réactions psychiques avec lesquelles « le praticien doit compter. Mais ces réactions sont provoquées par des impressions « objectives, d'ordre somatique, et des préoccupations et des inquiétudes d'ordre « moral, chez des personnes ignorantes de l'art médical, mais, à la vérité, le plus « souvent conscientes de leur incompétence. Cet entourage accepte en général « l'opinion et respecte les décisions du médecin; et le malade lui-même a confiance « dans la bonne volonté de son entourage et dans la science du médecin de son « choix. Il en va tout autrement pour nos malades et leur entourage, qui, à la fois « ignorants et inconscients de leur incompétence en médecine mentale, subissent « dans leur réaction interpsychologiques l'influence de principes d'ordre moral, « social et métaphysique, de liberté, de dignité humaine, d'honneur et de devoir, « d'affection familiale, de responsabilté pénale, de capacité civile, qu'ils invoquent « sans cesse, auprès des psychopathes, pour expliquer l'apparition et les raisons des « symptômes observés, critiquer la direction du traitement, discuter l'opportunité « des mesures administratives ou judiciaires conseillées, s'opposer à l'isolement, à « l'internement, etc.

« Dans une œuvre que nous connaissons tous, Pactet et Colin ont judicieusement écrit : « Mis en face d'une maladie quelconque, le profane se récuse; au « contraire, il n'hésite pas à se prononcer quand il s'agit de l'état mental de tel ou « tel individu. » Ces mêmes auteurs insistent sur la persistance, même dans le « public éclairé et cultivé, de ces erreurs et de ces préjugés, d'origine théologique « et d'ordre métaphysique, en vertu duquel « l'aliéné étant considéré comme un « type unique, abstrait et idéal, la folie est opposée à la raison, comme une entité à « une autre ». Ils montrent que les ressources du bon sens et les lumières de « l'intelligence ne suffisent pas à donner aux législateurs et aux magistrats, et « même aux médecins non initiés à la psychiatrie, la notion de l'importance et de « la multiplicité de ces états psychopathiques confondus par les profanes sous le « vocable de folie, et méconnus par eux dans leurs rapports avec la délinquance et « la criminalité.

« Une des grandes lois de la psychologie de l'entourage des psychopathes est « celle en vertu de laquelle le sujet sain, substituant son état d'esprit normal au « psychisme troublé du malade, prête à celui-ci sa cœnesthésie physique et morale, « ses inclinations affectives, ses aptitudes intellectuelles, et le suppose capable de « sentir, de raisonner et d'agir comme il le ferait lui-même dans une situation « semblable. Transposant, si j'ose ainsi parler, son système nerveux, sympathique et « cérébro-spinal, normal, dans le corps d'un sujet dont l'innervation végétative, « sensorielle et spirituelle, profondément altérée par la maladie, obéit à d'autres « lois, l'observation profane met en œuvre auprès du psychopathe des arguments « dialectiques et des efforts persuasifs, qui ne peuvent, par définition, influencer « qu'un esprit sain. Substituant ainsi le moral au pathologique, l'entourage de « l'aliéné est victime d'une sorte de *transitivisme,* pour parler comme Wernicke, « par lequel il intervertit les rôles et méconnaît l'état du psychopathe. Désireux de « combattre les illusions, les souffrances et le délire du malade, les parents et les « amis font précisément appel aux éléments psychiques que l'état morbide des « sentiments et de l'esprit a inhibés, faussés ou détruits : de telle sorte que, pour « remédier à la situation pathologique, l'entourage méconnaît ou supprime les « éléments mêmes du problème à résoudre.

« Un tel illogisme, appliqué à l'observation et au traitement des maladies « somatiques, aboutirait à des conceptions et à des pratiques insensées et dange-

« reuses. N'est-il pas, en effet, aussi absurde de prétendre imposer à un cerveau « anormal ou malade l'assimilation d'arguments contraires à ses tendances et à son « délire, que d'espérer l'assimilation par un estomac malade et intolérant d'aliments « inconciliables avec ses lésions, qui changent sa formule sécrétoire et restreignent « ses aptitudes fonctionnelles, que d'espérer l'élimination normale des chlorures ou « de l'urée chez un sujet atteint de telle ou telle variété d'insuffisance rénale ?

« Ainsi se développent, d'abord dans le cercle des parents, des amis et des « voisins immédiats, mais aussi dans le milieu plus étendu du groupe social, et des « témoins indirects des propos et des actes du malade, les croyances, les traditions « les plus fausses, qui égarent constamment l'opinion de la masse du grand public. « Croyance aux séquestrations arbitraires, aux tortures infligées aux malades dans « les asiles, aux méfaits de l'internement susceptible de compromettre la santé « mentale de ceux qui en sont les victimes, etc, autant de légendes qui, dans leur « genèse et leur développement, émanent des éléments affectifs et mystiques les « plus aveugles de la psychologie collective.

« N'est-ce pas par suite de la même erreur de méthode dans l'appréciation de « la mentalité des primitifs que certains psychologues et historiens ont éprouvé « tant de difficultés et manifesté tant d'étonnement, lorsqu'ils s'efforcèrent de « comprendre, dans la complexité déconcertante de ses manifestations originelles, « la mentalité prélogique et mystique de nos ancêtres des premières sociétés ? « M. Lévy-Brühl, dans son beau livre sur *Les Fonctions mentales dans les Sociétés* « *inférieures,* notre collègue, M. le professeur Ch. Blondel, dans ses études sur « *La Conscience morbide,* sur *La Personnalité,* et, dans sa judicieuse et fine « analyse du livre de M. Lévy-Brühl, ont bien démontré que, pour pénétrer cette « mentalité primitive, vierge encore d'éducation et de critique, toute imprégnée « d'animisme et de mysticisme, incapable de concepts explicites pour se rendre « compte de ses croyances et de ses réactions, si différentes des nôtres, il convenait « de ne pas « repenser les conceptions des primitifs », selon les lois de notre « esprit actuel, façonné par des siècles de progrès dans l'évolution scientifique, la « pensée philosophique et l'organisation sociale.

« Les études comparées de la mentalité du primitif, du sauvage et de l'enfant, « ces trois représentants communs des origines de la pensée humaine, ces trois « spécimens préhistoriques ou modernes, de ce que j'ai appelé la *paléopsychologie*, « nous permettent de saisir à ses sources l'originalité de la vie psychique indivi- « duelle, à son stade prérationnel et présocial, alors que l'esprit humain, sans « expérience et sans jugement, dépourvu de ces données de comparaison et de « contrôle, de ces éléments réducteurs (pour parler comme Taine), qui aboutissent « peu à peu à l'éducation de la perception et au sens du réel, n'était pas encore « parvenu à distinguer l'imaginaire de l'objectif, les hallucinations du rêve des « sensations de l'état de veille, et, confondant les attributs psychosensoriels et les « propriétés mystiques des êtres et des choses, vivait dans une activité mythique « naturelle et incessante.

« Mes études sur la mythomanie et celles que j'ai faites, avec Logre, sur « les « délires d'imagination », apportent à toutes ces notions de psychosociologie, « historique et actuelle, la confirmation clinique la plus péremptoire. Toutes ces « considérations démontrent la vérité générale des conclusions de Lévy-Brühl et de « Ch. Blondel, à savoir que les formes de notre raison et les lois de notre logique, « loin d'être celles d'un homme abstrait et universel, sont, dans leur perpétuel « devenir, corrélatives de nos organisations sociales et de nos civilisations, et ne

« doivent être interprétées dans leurs effets, conformément au sens historique et à
« l'esprit d'observation, que pour une époque et une société données.

« Il nous faut donc rapporter au même vice de méthode les mêmes erreurs de
« jugement. Dans les deux cas, la mentalité indifférenciée et mystique du primitif,
« comme la mentalité anormale du psychopathe, sont méconnues par ceux qui
« prétendent appliquer à l'étude de l'aliéné les lois de la santé psychique, et à la
« compréhension de l'état mental des primitifs les ressources de la pensée moderne,
« formée par des siècles de vie collective et d'activité sociale.

« La conclusion pratique qui découle des considérations précédentes est que
« seul, un aliéniste très expérimenté et très érudit, qui a consacré sa vie à l'obser-
« vation continue de toutes les formes de psychopathies et qui s'est pénétré de
« l'essence des travaux des grands cliniciens de l'aliénation mentale, est capable
« d'appliquer à chaque malade sa connaissance des lois générales de la psychiatrie.
« Instruit des antécédents et de la biographie du sujet observé, il peut rattacher
« chaque cas particulier à la formule psychologique spécifique de l'individu. En
« pénétrant chez lui les rapports intimes, qui relient toujours aux troubles profonds
« de la sensibilité générale souvent aussi aux imperfections ou aux déviations
« natives des instincts ou de l'entendement, les états affectifs, les conceptions
« intellectuelles et les réactions motrices, l'aliéniste arrivera à sentir et à penser
« comme le malade ; il pénetrera parfois, par des voies détournées, dans son
« inconscient, et, devinant et suivant le cours de ses idées, il pourra ainsi élucider
« les origines, comprendre le sens et prévoir l'évolution de l'affection morbide. En
« considérant les avantages de cette véritable communion, qui doit, par sympathie
« réciproque, s'établir entre le médecin et son malade, on peut réserver à
« l'aliéniste, digne de ce nom, le privilège et les satisfactions d'une précieuse
« méthode d'interpsychologie professionnelle.

« Dans les milieux profanes, non initiés à la psychiatrie, le psychopathe
« demeure un incompris, un méconnu, et souvent, par là même, soit une victime,
« soit un sujet dangereux.

« Le temps me fait défaut pour développer devant vous les conséquences, dans
« les milieux familial, social, judiciaire, militaire, etc., de cette incompréhension
« de nos malades par leur entourage.

« Je vous rappellerai seulement la méconnaissance et l'exploitation des
« psychopathes, si communément observées chez les *débiles*, simples ou pervers,
« pauvres ou fortunés; chez les *déments*, principalement dans la paralysie géné-
« rale, dans les encéphalopathies organiques à type diffus, dans la démence sénile ;
« chez les *déséquilibrés :* excités, déprimés, alcooliques, toxicomanes, épileptiques,
« hystériques, mythomanes, simulateurs et dissimulateurs ; enfin chez les *délirants*,
« en particulier les hallucinés, les interprétateurs, les imaginatifs, en insistant sur
« les persécutés-persécuteurs lucides, chroniquement excités, appartenant aux
« diverses variétés : hypocondriaque, processive, politique, religieuse, érotoma-
« niaque, etc. Ces variétés de méconnaissance et d'exploitation des psychopathes
« n'ont pas échappé à l'observation et à l'étude, souvent géniales, des grands
« romanciers, tels que Balzac, Flaubert, Maupassant, A. France, P. Bourget, etc.,
« dans des œuvres qui sont présentes à toutes nos mémoires.

« Autour des psychopathes, libres ou internés, délinquants ou criminels, à
« propos de consultations ou d'expertises relatives à la capacité civile ou à la
« responsabilité pénale, ou de l'examen de la légitimité de certains internements,
« s'établissent, entre magistrats et médecins, de fréquents rapports, à l'occasion
« desquels il est intéressant de méditer, dans ses origines, ses manifestations et ses

« conséquences, le contraste qui oppose l'esprit juridique et l'esprit médical. Ce
« contraste, que j'ai entendu définir avec l'autorité de son expérience et la finesse
« de son esprit critique, par mon Maître, le professeur Brouardel, n'est d'ailleurs
« qu'un cas particulier des différences, souvent profondes, qui séparent les unes des
« autres les diverses variétés de l'*esprit professionnel*. Une certaine communauté
« de tendances, de sentiments, de goûts et d'aptitudes déterminent d'abord, chez
« certains individus, psychiquement prédestinés, le choix d'une carrière. Par la
« suite, l'identité de culture et de labeur, la fréquentation des mêmes milieux,
« l'assujettissement aux mêmes obligations, la méditation des mêmes problèmes,
« développent, dans chaque groupe professionnel, les qualités similaires qui déci-
« dèrent de la vocation initiale. Plus tard, enfin, l'exercice continu du même travail
« fixe, chez tous les hommes d'un même idéal, l'orientation et la tournure intellec-
« tuelles, dicte les mêmes jugements de valeur, crée les mêmes habitudes de pensée,
« et aboutit ainsi, dans chaque groupe de la collectivité, à la formation de cet
« esprit professionnel qui, marquant de son empreinte spécifique tous les individus
« de culture analogue et d'activité semblable, confère à la personnalité psychique
« et même physique des traits véritablement distinctifs, qui se marquent jusque
« dans l'attitude, le langage et la mimique de chacun de nous.

« Si l'on applique ces considérations générales à la différence qui sépare l'esprit
« juridique de l'esprit médical, on reconnaîtra que le premier, l'esprit juridique,
« caractérisé par l'étude et la méditation des textes, par le respect des principes,
« de la tradition, la connaissance de la jurisprudence, le souci de l'application de la
« loi, la conception, sans doute noble et élevée, de l'homme comme citoyen et
« membre d'une communauté fondée sur l'égalité des droits et des devoirs de chacun
« vis-à-vis d'autrui; s'oppose au second, l'esprit médical, fidèle au culte de l'obser-
« vation et de l'expérience, formé par l'étude des faits, enclin aux vues concrètes et
« aux réalisations pratiques, unissant au goût de l'analyse et de la recherche,
« l'indépendance de la critique, pénétré de la connaissance des influences hérédi-
« taires, des fatalités organiques, des tares morbides, des inégalités et des variations
« individuelles, conscient du caractère provisoire et relatif des notions doctrinales
« en apparence les mieux démontrées, parce que celles-ci, liées aux progrès indéfinis
« des sciences physiques, chimiques et biologiques, loin d'être fixées par les textes
« et leur interprétation, participent au contraire, dans leur instabilité et leur évolu-
« tion, au mouvement continu de la vie.

« Heureusement, il existe, entre les juristes et les médecins, un terrain naturel de
« communes études : ce terrain, qu'agrandissent et éclairent chaque jour davantage,
« d'une part, les progrés de la psychiatrie, d'autre part, l'évolution scientifique
« continue du droit pénal, est celui de l'anthropologie, de la sociologie, de la
« criminologie et de la médecine légale. Dans le domaine de ces sciences connexes
« peut s'exercer, avec profit, la collaboration féconde des juristes et des médecins.
« Cette œuvre commune favorisera de plus en plus le rapprochement des magistrats
« et des médecins légistes; et, donnant aux uns comme aux autres l'occasion
« d'échanger et d'acquérir les qualités complémentaires de leurs deux esprits pro-
« fessionnels, réalisera la liaison nécessaire qui, dans l'étude parallèle de la série
« juridique des infractions pénales et de la série médicale des états psychopathiques,
« doit unir juristes, législateurs et médecins sur le terrain de la pathologie sociale.

« A propos de l'esprit professionnel, on peut remarquer que, par la différen-
« ciation croissante du travail et l'extension progressive des connaissances nécessaires
« à chacun des membres de collectivité, se multiplient les cercles sociaux autour de
« l'individu, dont la personnalité s'élève et s'agrandit, chez toute nature curieuse et

« active, en raison directe du caractère multilatéral de sa culture et de sa pensée.
« De plus en plus soustrait au conformisme étroit de l'esprit de corps, l'individu
« cultivé, par son accessibilité aux diverses influences qui rayonnent du milieu
« social sur lui, tend à s'affranchir de l'esprit grégaire, et, s'épanouissant au delà
« des limites de son rôle professionnel, peut arriver à concevoir des idées plus géné-
« rales et participer à une activité psychologique et sociale plus large et plus
« féconde. Par la richesse encyclopédique de leurs connaissances et par l'originalité
« intuitive de leurs conceptions et de leurs œuvres, certains esprits d'élite se
« montrent plus particulièrement aptes à recevoir, à élaborer et à émettre toutes
« ces ondes de l'interpsychologie sociale, et c'est dans ces facultés exceptionnelles
« de condensation et de rayonnement que semble résider, chez certains êtres privi-
« légiés, l'essence des deux génies associés de la critique et de l'invention.

« Ainsi s'affirme la portée philosophique et pratique de l'interpsychologie
« générale, dont les lois, éclairant les relations de la société et de l'individu,
« démontrent que celui-ci n'existe guère qu'en fonction de celle-là, et que l'activité
« humaine, normale et morbide apparaît, dans son déterminisme, d'ordre essentielle-
« ment interpsychologique. Ainsi, de toutes les sciences médicales, la psychiatrie,
« à l'instar de l'hygiène en médecine sociale, est-elle la discipline qui, pénétrant le
« plus avant dans l'étude des rapports qui unissent l'individu et la société, établit le
« mieux que notre personnalité n'est qu'une émanation de l'organisme social et que
« la vie psychique individuelle n'est, dans son unité passagère, qu'un reflet, une
« condensation, et, pour ainsi dire, une cristallisation de la vie psychique collective. »

Ce discours fut illustré de vivants exemples et enrichi d'éloquents commentaires. Mais le professeur Dupré estima de son devoir de président de donner à tous un modèle de restriction, en limitant, au texte ci-dessus, le résumé de sa brillante leçon. Elle fut saluée par les plus enthousiastes applaudissements. Puis les congressistes, guidés par les Alsaciens, commencèrent, par petits groupes, la visite de la ville.

F. — TRAVAUX DU CONGRÈS

I. — Discussion des Rapports

A) Premier Rapport

LES PSYCHOSES POST-ONIRIQUES

1°. Addendum au premier Rapport

M. Delmas. — Le rapport que j'ai l'honneur de présenter au Congrès, j'espérais le présenter sous le triple parrainage du professeur Gilbert Ballet, du docteur Auguste Vigouroux et du professeur Régis. Mes maîtres affectionnés, G. Ballet et A. Vigouroux, m'avaient donné leurs conseils et leurs avis avant la rédaction de mon rapport ; ils m'en avaient fait la critique après sa rédaction. Mon chagrin est immense de ne plus les voir présents parmi nous.

Je n'ai pas eu le bonheur d'être l'élève proprement dit du professeur Régis, mais je ne dirai rien d'exagéré en affirmant que tous les jeunes psychiatres de ma génération ont été plus ou moins élèves du regretté Maître de Bordeaux. Le sujet que j'ai traité était le sien. J'avais proposé comme titre : *Les Psychoses post-confusionnelles*. Régis — et la Commission l'avait suivi — avait préféré *Les Psychoses post-oniriques*, et, après avoir lu mon rapport, il m'avait écrit pour me dire en quoi sa pensée, dont je m'étais pourtant inspiré presqu'en tous points, différait par quelques nuances de ce que j'avais écrit. Je ne dirai jamais assez combien je perds, combien nous perdons tous à ne pouvoir entendre aujourd'hui notre bienveillant et excellent maître Régis.

Messieurs, je me garderai bien, dans cette présentation, de reprendre, même sous une forme très résumée, l'ensemble de mon rapport. Je ne poursuivrai que deux buts très précis et très rapidement accessibles. En premier lieu, je tenterai de justifier, autant que je le pourrai, la définition de l'onirisme telle que je l'ai donnée et, par conséquent, la limitation au sujet telle qu'elle en découle. En deuxième lieu, puisque six ans nous séparent de l'époque où a été rédigé ce rapport, et puisque, dans ce laps de temps, je situe la grande et douloureuse expérience qu'a été la guerre, je discuterai ce que la guerre a pu apporter d'intéressant, quant au sujet qui nous occupe.

Depuis Régis, on sait qu'en clinique l'onirisme est l'état dans lequel se trouve tout individu qui, bien qu'éveillé en fait, présente cependant un délire hallucina-

toire entièrement comparable, par l'ensemble de ses caractères, au rêve de l'homme endormi. Là-dessus, pas de divergence ; l'accord est complet et général.

Restent à préciser l'origine, le mécanisme et, par conséquent, les conditions dans lesquelles peut apparaître l'onirisme. A ce point de vue, la clinique montre que l'onirisme peut se rencontrer dans toutes les toxi-infections, quelle que soit leur nature. Peut-il apparaître en dehors des états toxi-infectieux évidents ? Oui, pour certains auteurs qui tendent à admettre l'existence d'un onirisme hystérique. Régis, en particulier, a beaucoup insisté sur le rapprochement de l'onirisme et des états seconds hystériques, des idées fixes post-oniriques et des idées fixes post-hypnotiques. Il a même admis que l'hypnotisme pouvait jouer le même rôle dans les deux cas, au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique. Nous ne croyons donc pas trahir sa pensée en disant qu'il admettait l'existence d'un onirisme hystérique.

Dans un des livres publiés récemment sur la neuro-psychiatrie de guerre, l'auteur donne une observation de délire onirique typique et n'hésite pas à le rattacher à l'hystérie. Nous dirons nettement notre pensée sur ce point. Pour nous, il n'y a point d'onirisme hystérique. Nous admettons, au sujet de l'hystérie, la doctrine du professeur Dupré et nous croyons que le mécanisme mythomaniaque est l'essentiel, sinon tout, dans l'hystérie. Or, entre la mythomanie et l'onirisme, nous ne voyons pas de communauté. Donc, pas d'onirisme hystérique; il n'y a d'onirisme que dans les toxi-infections.

Mais quel est le lien entre la toxi-infection et l'onirisme ? Pour nous, ainsi que nous l'indiquions dans notre rapport, ce lien c'est le syndrome toxi-infection par excellence, c'est la confusion mentale. Ici encore, existent des opinions divergentes. Pour certains auteurs, en effet, le délire onirique pourrait exister en dehors de toute confusion mentale.

Récemment, mon ami René Charpentier a publié, dans la *Revue Neurologique*, l'histoire d'un délire onirique, qui est rapporté avec le soin, la précision et l'élégance que nous avions toujours si fort appréciés chez notre collègue. Or, René Charpentier considère ce cas d'onirisme comme ayant évolué sans confusion mentale et l'oppose à l'affirmation énoncée par nous « sans confusion, pas d'onirisme ». Dans une des dernières séances de la Société médico-psychologique, Chaslin, citant l'observation de René Charpentier, exprimait la même opinion.

Eh ! bien, quelle que soit l'autorité de nos contradicteurs, je ne suis nullement convaincu, et je continue à penser qu'onirisme et confusion sont toujours associés.

Je n'insisterai pas sur l'interprétation si précise et si claire que l'existence de la confusion mentale sous-jacente au délire permet de donner de l'onirisme. La légitimité du besoin de comprendre ne suffit pas à justifier une opinion. Seul importe le résultat de l'observation minutieuse des faits, conformément à la méthode positiviste. Or, pour ma part, je n'ai jamais observé d'onirisme sans confusion associée, et, bien qu'une expérience personnelle soit toujours très limitée, je crois qu'il en doit être toujours ainsi, à la condition de s'entendre sur ce qu'il convient d'appeler confusion mentale. Là est, en effet, tout le débat.

D'une part, la confusion mentale peut être relativement légère et il faut souvent la rechercher avec attention, je dirais volontiers avec intention et parti pris, pour la mettre en évidence. Il est même nécessaire que la confusion mentale ne soit pas trop intense pour que l'onirisme se développe ; plus elle tend vers la stupeur, moins il peut y avoir d'onirisme.

D'autre part, il faut être très réservé dans l'interprétation rétrospective des faits, quand on voit le malade en fin de la crise onirique ou même après la crise, ce qui est assez fréquent. A ce moment, en effet, confusion et onirisme dissipés, on n'a que

le témoignage du malade. L'amnésie post-confusionnelle, comme nous y avons insisté, n'est d'ordinaire que partielle ; elle laisse subsister et des éléments du rêve délirant et aussi des éléments des perceptions réelles contemporaines. Or, ces perceptions peuvent bien, au premier abord, donner l'impression que le sujet était réellement présent au milieu extérieur et n'était par conséquent pas en confusion. Mais ce n'est là qu'une impression. En réalité, le sujet n'a perçu et fixé que les faits les plus saillants du monde réel, que des jalons semés de-ci, de-là, qui lui permettent bien de retracer en gros son histoire, mais non d'en donner un récit circonstancié et fidèle, comme dans l'état normal. Si on veut suivre de très près la succession de ses actes ou la trame de ses idées, que de lacunes, que d'imprécisions, que de défaillances ! Et nous ne parlons point des reconstitutions par réflexion secondaire, par raisonnements *à posteriori*, quand le pouvoir de synthèse mentale est rétabli et s'est appliqué à l'analyse et au regroupement des faits récents !

Donc, pour nous, deux cas. Ou l'on assiste à la crise onirique, et alors la confusion mentale est mise en évidence, même si elle est légère, ou bien la crise onirique est passée quand on voit le malade, et alors on peut parfois reconnaître qu'il y a eu confusion, mais, en tous cas, on ne peut affirmer qu'il n'en existait pas naguère.

C'est pourquoi nous avons dit : « Sans confusion, pas d'onirisme », et c'est pourquoi nous avons défini l'onirisme, une forme de confusion mentale compliquée de délire hallucinatoire.

Messieurs, je ne m'obstinerai pas à défendre plus longtemps ce point particulier de l'onirisme, et je veux, au contraire, me placer sur un terrain où l'accord entre nous sera facile. En effet, si l'on persiste à penser que l'onirisme puisse exister sans confusion, on m'accordera au moins qu'il ne peut en être ainsi que d'une façon très rare, voire même exceptionnelle ; qu'en pratique, au moins, son association avec la confusion mentale, constitue le cas habituel, la règle générale. Appliquant donc ici le principe de négligeabilité, je pourrai maintenir, ou à peu près, la définition que j'ai donnée dans mon rapport : l'onirisme est constitué par l'apparition, sur un fond au moins habituel, sinon même constant, de confusion mentale, d'un délire hallucinatoire aigu ou subaigu, avec réactions émotives et motrices adéquates.

Cette discussion, sur laquelle je m'excuse d'avoir tant insisté, était nécessaire pour justifier le plan de notre travail et pour expliquer pourquoi, notamment après les délires fixes ou permanents post-oniriques, nous avions cru devoir placer aussi le syndrome d'amnésie continu et la démence précoce, qui sont, nous en convenons, post-confusionnels plus encore que post-oniriques.

Nous en arrivons maintenant à la deuxième partie de notre exposé, c'est-à-dire aux rapports dont la psychiatrie de guerre a pu enrichir notre sujet.

En ce qui concerne la phase de réveil, les délires fixes ou permanents post-oniriques et la psychose hallucinatoire, nous ne pensons pas qu'il y ait eu dans le très grand nombre des cas observés par tous, autre chose que des nuances ou des particularités — telle la forme guerrière du délire, signalée par Régis — qui ont bien pu enrichir et illustrer le sujet, mais non le modifier au fond. Il en est de même pour l'amnésie antérograde. Toutefois, avant de laisser les délires post-oniriques, nous croyons devoir indiquer qu'ils doivent être différenciés de ce que nous avons proposé d'appeler les réviviscences émotives.

Voici, par exemple, un soldat qui vient d'être évacué de la ligne de feu. Il est allongé, immobile, et paraît abruti, prostré, presqu'inconscient. On l'interroge, on le presse de dire ce qui lui est arrivé et, brusquement, au mot de blessure ou de canon, on le voit se lever et, dans une grande agitation, il se met à mimer une

scène impressionnante de bataille, imitant le bruit des éclatements, les attitudes des combattants, les gestes ou les cris de ceux qui tombent. Il a les yeux exorbités comme devant un spectacle d'horreur, il crie, il tremble, et finit par fondre en larmes. Puis son agitation motrice se calme, il se laisse ramener dans son lit, répond au milieu de soupirs et de sanglots, mais de façon précise, à quelques questions, et reprend peu à peu sa prostration. Pendant deux ou trois jours, il peut ainsi soit spontanément, soit plus souvent sous l'influence d'une sollicitation quelconque, présenter de nouvelles crises où se manifestent tous les éléments d'un bref mais violent paroxysme émotif.

Le sujet n'est ici ni halluciné, ni délirant. La scène qu'il revit a bien existé réellement et sa simple évocation suffit à provoquer un désordre émotionnel intense qui constitue toute la crise. C'est donc bien une reviviscence émotive et rien d'autre. Ces faits représentent l'exagération extrême du sentiment éprouvé par le héros de Virgile lorsqu'il s'écriait « *Horresco referens!...* ». Nous pensons qu'il convenait d'insister sur cette manifestation du syndrome d'hyperémotivité morbide, afin de la différencier nettement de l'onirisme et des manifestations oniriques vraies, qui ont été si fréquentes chez les combattants.

Il nous reste à dire un mot de la confusion mentale chronique et de la démence précoce post-confusionnelle, d'après les observations de guerre.

La confusion mentale chronique, telle que la comprennent en général les auteurs, est une affection évoluant vers un affaiblissement intellectuel et représentant, par conséquent, une forme de démence. Les citations que nous avons données de l'article de Régis et Hesnard et du *Manuel* de Marchand confirment bien cette façon de voir. Or, la guerre nous a montré que parmi les confusions mentales nombreuses qu'elle a provoquées et qui, presque toutes, guérissaient en quelques mois ou une année au plus, il en est un certain nombre, assez rares à la vérité, qui, après une période d'amélioration, se cristallisent en quelque sorte et se mettent à durer, sans changement nouveau, pendant plusieurs années. Ces confusions n'ont aucune tendance à verser dans un état démentiel ; elles ne présentent notamment aucun des symptômes de la série catatonique ou hébéphrénique ; elles ne s'accompagnent ni d'indifférence émotionnelle, ni de dissociation psychique ; mais elles ne guérissent pas et restent stationnaires. Elles représentent une sorte de phase de réveil qui n'en finit pas.

Les éléments positifs sont surtout une lenteur psychique extrême, de la dysmnésie, de l'embrouillement mental et des phénomènes d'arrêt dans les réponses, les actes, la conduite des sujets qui tendent vers l'abstention complète de toute activité. Au point de vue de l'humeur, les malades sont neutres ou manifestent cette sorte d'euphorie bienveillante et superficielle qu'on rencontre fréquemment chez les amnésiques. Toutefois, il leur arrive facilement de sursauter ou de manifester un peu d'inquiétude sous l'influence de provocations diverses. Ce dernier phénomène révèle une hyperémotivité dont l'existence nous a paru être la règle dans les confusions mentales résiduelles post-commotionnelles.

Malgré la lenteur de leur évolution, ces confusions mentales résiduelles ne sont pas entièrement cristallisées ; on les voit s'améliorer de six mois en six mois, de façon légère, mais progressive.

Dans leur remarquable rapport sur les « Confusions mentales de guerre », MM. Juquelier, Capgras et Bonhomme ont discuté cette forme de confusion mentale chronique ; ils l'ont rapprochée du syndrome commotionnel de Mairet et Piéron et ont incriminé, eux aussi, l'existence d'une lésion organique cérébrale. Avec mon maître, M. Briand, nous avons présenté, à la Société de Psychiatrie, un

malade de ce genre dont l'histoire montre, sans conteste, que la confusion mentale résiduelle peut être simplement post-émotionnelle et qu'une contusion cérébrale n'est nullement nécessaire dans son déterminisme.

Donc, la confusion mentale chronique, sans évolution démentielle, existe. Elle est chronique en ce sens qu'elle peut durer plusieurs années ; elle n'est cependant pas incurable, en ce sens que les malades tendent vers une amélioration progressive, quoique lente.

Dans notre rapport, nous avons discuté la démence précoce post-confusionnelle de Régis, et nous avons indiqué qu'à notre avis il convenait de faire les plus expresses réserves sur la légitimité de cette forme. Or, la guerre est survenue et les cas de confusion mentale de toute origine se sont rencontrés avec une fréquence tout à fait remarquable. Si des formes de démence précoce post-confusionnelle existaient, c'était là une occasion unique d'en voir une abondante floraison. J'espère que tout à l'heure, ceux de nos collègues qui ont porté leur attention sur ce point, nous feront connaître les résultats de leur observation. Pour notre part, nous devons reconnaître que les démences précoces que nous avons rencontrées chez des militaires n'étaient pas spécialement fréquentes ; que, d'autre part, elles n'étaient nullement post-confusionnelles ou ne présentaient pas avec la confusion mentale, si par exception il y en avait, de rapports intéressants au point de vue de l'enchaînement des accidents.

Messieurs, si je voulais, au terme de cet exposé, résumer mes impressions sur les enseignements de la guerre, en ce qui touche notre sujet, je dirais que là, comme en général pour toute la psychiatrie, la guerre a considérablement accru notre champ d'observation, mais n'a pas apporté de données vraiment neuves. De cette constatation, je pourrai tirer une satisfaction personnelle, c'est que le rapport dont vous m'aviez chargé n'aura peut être pas trop vieilli et qu'il pourra vous paraître encore digne de la discussion et des critiques que je sollicite de vous.

2°. Discussion du premier Rapport

M. René Charpentier (de Paris). — Après avoir exprimé son émotion à parler dans l'Université française de Strasbourg et félicité son ami Delmas, sur son remarquable mémoire, il limite sa discussion au seul point des rapports de l'onirisme et de la confusion mentale.

Il réfute l'aphorisme exposé dans le rapport : « Sans confusion, pas d'onirisme », car, en réalité, comme l'ont soutenu Régis, Chaslin, Klippel et comme il l'a montré lui-même dans son article de la *Revue neurologique*, du mois d'octobre 1919, la confusion et l'onirisme sont les deux manifestations psychopathiques des états toxi-infectieux qui, très souvent associées, peuvent cependant exister isolément.

Il critique, à ce propos, l'opinion de Grasset, qui voyait dans le délire onirique un exemple de la dissociation du centre ovale et du polygone cortical. L'usage de ce schéma ingénieux est dangereux, car cette dissociation des facultés psychiques supérieures et inférieures avec exaltation de l'automatisme privé de frein de contrôle, peut servir d'explication à trop de syndromes mentaux. Grasset l'employait pour expliquer le somnambulisme, l'hypnotisme, la catalepsie, les paralysies et anesthésies hystériques, certains symptômes de l'épilepsie, du spiritisme, etc. Kraepelin et Deny l'ont utilisé pour la psychose maniaque

dépressive ; on pourrait légitimement l'appliquer à la démence. En réalité, cette dissociation se produit dans tous les cas où l'intelligence est atteinte passagèrement ou définitivement sous n'importe quelle influence.

L'existence du délire onirique pur, sans obnubilation intellectuelle, sans engourdissement des fonctions intellectuelles et affectives, sans troubles de la compréhension, de l'identification des objets, sans troubles du langage avec conservation parfaite des notions de temps et de lieu et avec diamnèse également parfaite, est possible. La preuve en est dans l'histoire du malade qu'il observa avec Régis et qui illustre le travail de la *Revue neurologique*.

Il insiste sur le rôle des troubles de l'attention. Celle-ci, exaltée dans l'onirisme, mais entièrement captivée par le déroulement des scènes hallucinatoires, peut conditionner une amnésie consécutive. L'amnésie de la confusion mentale est, au contraire, conditionnée par une défaillance de l'attention.

Confusion et *onirisme* sont les deux manifestations psychopathiques des états toxi-infectieux et les caractérisent. Généralement associés, ces deux syndromes peuvent, plus rarement il est vrai, exister isolément, ainsi que vient de le reconnaître M. Delmas. Même si ces cas étaient exceptionnels, cela suffirait pour qu'on ne puisse écrire « sans confusion, pas d'onirisme » et faire de l'onirisme « une forme de confusion mentale ».

Dans les délires toxiques ou infectieux, c'est l'hallucination qui est primitive, conditionne l'idée délirante et détermine les réactions émotives. L'exaltation imaginative transforme l'onirisme en délire véritable par l'association des idées, des images, par la coordination des troubles illusionnels et hallucinatoires. L'hyperémotivité, dont Dupré et Régis ont bien mis le rôle en lumière, secondaire aux troubles psycho-sensoriels, contribue à la persistance des idées délirantes, non seulement par l'ébranlement qui en résulte, par la prolongation de la phase de réveil, mais aussi par les réactions secondaires qu'elle détermine. La survivance au délire de rêve d'*idées délirantes post-oniriques* est fonction de l'ébranlement émotif et de l'intensité des réactions qu'il est susceptible de déclancher.

Dans le délire de rêve pur, on observe habituellement des troubles sensoriels plus marqués et des états affectifs plus intenses.

La prolongation des séquelles du délire de rêve est, elle-même, fonction de la prolongation de l'état infectieux et, conformément à l'opinion de M. Klippel, des insuffisances hépatiques ou rénales. Sous l'influence de ces insuffisances glandulaires, des cauchemars nocturnes, des troubles sensoriels vespéraux, hypnagogiques entretiennent et alimentent les idées délirantes. Ainsi se trouve annihilé, le soir venu, le travail de rectification tenté pendant le jour par le sujet calme et lucide, que secondent les tentatives de rééducation du médecin et de l'entourage.

M. Hesnard (de Bordeaux), estime que le rapporteur n'a pas suffisamment différencié l'onirisme d'avec la confusion génératrice et même d'avec la toxi-infection causale. L'onirisme, bien qu'étroitement lié à la confusion, ne se confond pas avec elle, comme le délire ne se confond pas avec l'obnubilation psychique. Il en résulte qu'il peut être imprudent d'appeler post-onirique une psychose hallucinatoire, une psychose amnésique de Korsakoff et surtout une démence post-confusionnelle, qui sont le produit de la toxi-infection et non pas de l'onirisme.

Il regrette que M. Delmas n'ait pas parlé du post-onirisme épileptique, de celui qui succède aux états somnambuliques de l'onirisme hystérique, et, enfin, des états mélancoliques ou dépressifs post-oniriques. La formule suivante de Régis doit circonscrire le post-onirisme : sont post-oniriques les seuls accidents psychiques ayant avec l'onirisme antécédent des relations manifestes de caractère et d'origine.

M. A. Delmas. — Je remercie bien vivement MM. René Charpentier et Hesnard de leur brillante intervention. Je leur répondrai très brièvement.

A René Charpentier, je n'ai fait qu'une concession de pure forme, en ce sens que je crois toujours exacte la formule : « Sans confusion mentale, pas d'onirisme ». Mais, même si cette formule était trop absolue, elle n'en constituerait pas moins une loi clinique, à peu près sans exception.

A Hesnard, je concéderai, bien volontiers, que le cadre des psychoses post-oniriques, tel que je l'ai dressé, est un peu large et que l'amnésie continue et la démence post-confusionnelle sont des syndromes plus directement consécutifs à la confusion mentale qu'à l'onirisme. Mais il en serait de même alors pour les états dépressifs qu'Hesnard me reproche d'avoir omis. Hesnard regrette que je n'aie pas fait une place à l'onirisme hystérique. J'en ai bien parlé cependant, mais pour le nier.

Quant à l'onirisme épileptique, je ne l'ai pas cité individuellement dans mon rapport, pas plus que je ne l'ai fait pour toutes les variétés si nombreuses des toxi-infections susceptibles de se manifester cliniquement par de l'onirisme. Mais il est bien évident que l'état confusionnel onirique post-épileptique est un des plus fréquents et des plus typiques.

Je n'ajouterai plus qu'un mot sur la psychose hallucinatoire post-onirique. Elle a été étudiée et nettement précisée dans les deux thèses (Allamagny, Paris, 1914, et Dworestki, Paris, 1915) que j'ai inspirées. Elle répond complètement à la définition des états post-oniriques telle que je l'ai donnée, et son existence clinique, pour n'être pas fréquente, n'en est pas moins hors de doute.

3°. Communications relatives au premier Rapport

UN CAS HISTORIQUE DE DÉLIRE D'IMAGINATION CONSÉCUTIF AU RÊVE

par M. Logre, de Paris,
chef de Clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris.

L'auteur rapporte le récit emprunté à Tacite (*Annales,* Livre XVI, Chap. I, II, III) d'un délire d'imagination consécutif au rêve. Il s'agit de la découverte d'un trésor imaginaire à la suite d'un rêve confondu avec la perception du réel. Interpsychologie curieuse du délirant et de Néron, cupide, imaginatif et crédule. Répercussions sociales nombreuses : spéculations, emprunt d'Etat sur le trésor fictif, vie chère, etc. Suicide final du délirant, confondu après vérification.

M. Eissen, à propos de cette mésaventure de Néron, cite celle qui arriva, pendant la guerre, aux autorités allemandes d'Alsace, du fait d'un débile vaniteux mythomane interné à Stephansfeld. Il se vantait d'avoir enfoui 120.000 mark d'or dans une forêt. Malgré l'avis du directeur de l'asile, deux policiers se firent conduire par lui sur le lieu de la prétendue cachette, mais ne trouvèrent rien.

ÉTAT IMAGINATIF ONIRIQUE ET POST-ONIRIQUE

par M. Logre, de Paris.

L'auteur, chez un alcoolique émotif et imaginatif, a observé, après commotion, trois phases psychopathiques :

1° Onirisme hallucinatoire classique à thème guerrier ;

2° Etat imaginatif, fabulation guerrière prolongeant le thème hallucinatoire sur fond confusionnel, mais sans hallucination ;

3° Nouvel état imaginatif non confusionnel avec puérilisme typique terminé par une crise émotivopithiatique, après intimidation.

Ainsi la commotion a été suivie, sur terrain prédisposé, de deux états imaginatifs : l'un, continuation atténuée et équivalent clinique de l'onirisme hallucinatoire, sorte d'*onirisme imaginatif confusionnel, délire de rêverie* succédant au délire de rêve ; l'autre, non confusionnel, *puérilisme post-onirique* voisinant avec une crise émotivopithiatique et curable par persuasion, sorte d'*état hystérique post-confusionnel*. Au total : évolution progressive, chez un imaginatif, de l'*imagination symptomatique* relevant de la cure de désintoxication vers l'*imagination autonome* relevant de la psychothérapie.

HALLUCINOSES AIGUËS DÉLIRANTES ET PSYCHOSES CHRONIQUES SECONDAIRES

par M. R. Benon, de Nantes.

Les psychoses chroniques secondaires aux hallucinoses aiguës toxiques ou infectieuses, apparaissent, à notre avis, dans les conditions suivantes : après l'accès hallucinatoire délirant se développe un état émotionnel ou mieux passionnel en relation avec les troubles psycho-sensoriels du début, et c'est sur cet état passionnel que se greffe le délire hallucinatoire chronique ou le délire d'interprétation chronique (nous rapportons un exemple de ce dernier cas).

Les troubles hyperthymiques délirants qui suivent l'accès hallucinatoire, peuvent se terminer par un état hypothymique chronique (démence précoce). Si des éléments asthéniques et maniaques compliquent soit le syndrome hallucinatoire du début, soit l'état hyperthymique secondaire, il en pourra résulter ultérieurement une psychose périodique.

B) DEUXIÈME RAPPORT

LES MALADIES MENTALES PROFESSIONNELLES

1°. Addendum au deuxième Rapport

M. COULONJOU. — Le rapporteur résume son travail, qui est une brochure de 157 pages, imprimée en 1914, et s'efforce de l'adapter à la période actuelle. Il a dû, faute de documents suffisants, abandonner le plan clinique envisagé tout d'abord, pour traiter le sujet au point de vue purement médico-légal. D'ailleurs, le bureau du Congrès avait mis la question à l'ordre du jour en raison de son actualité sociale, car on était sur le point, en 1913, de discuter une loi sur les maladies professionnelles. Le Congrès espérait pouvoir fournir au législateur des données indiquant quels sont les troubles neuro-psychiques résultant de la profession, de manière à donner matière possible à indemnisation. Au moment de l'impression du rapport, la loi sur les maladies professionnelles venait d'être votée par la Chambre, le 3 juillet 1913 ; depuis cette époque, elle a été votée par le Sénat, sans modifications, le 25 octobre 1919, et promulguée le 27 octobre.

Cette loi, dite « loi Breton », avait été déposée par M. Breton en 1901 ; elle assimile les maladies professionnelles aux accidents pour la réparation, contre la proposition du Gouvernement, qui amorçait l'assurance-maladie obligatoire, système allemand, dont n'a jamais voulu le Sénat. En outre, comme pour les accidents, la prédisposition organique est négligée, conformément à la jurisprudence de la Cour de Cassation, qui avait dit, dans un arrêt de 1902, que *l'état antérieur importe peu* pour la détermination de l'état actuel et de l'indemnité. Le principe de l'indemnité transactionnelle et forfaitaire est appliqué aux maladies de même qu'aux accidents, comme étant le plus sûr correctif des abus possibles.

Enfin, pour éviter d'autres abus, du fait que les maladies, contrairement aux accidents, n'évoluent parfois qu'après que l'ouvrier a quitté l'usine, M. Breton établit un « délai de responsabilité », pendant lequel l'ancien patron demeure responsable et qui varie selon les maladies.

La loi est suivie d'une double liste des industries et des maladies correspondantes, classées en dix tableaux, selon l'agent qui les provoque (plomb, mercure, etc.). Ces tableaux offrent des lacunes : l'oxyde de carbone et l'acide carbonique n'y figurent pas ; or ils provoquent souvent des troubles nerveux ou psychiques. Mais ces lacunes seront comblées facilement, car si la protection a été limitée d'abord aux deux seules intoxications les plus certaines et fréquentes (plomb et mercure), les autres affections doivent être introduites à mesure des nécessités reconnues. Elles le seront après avis de la *Commission supérieure des maladies professionnelles,* instituée par la loi ; mais il faudra chaque fois de nouvelles lois, et non de simples décrets comme le demandait M. Breton.

Un décret du 19 novembre 1919 organise la Commission supérieure des maladies professionnelles, et un autre décret, du 14 février 1920, nomme les

membres de cette commission. A cette commission, seront proposées, pour être incorporées à la loi, toutes les maladies professionnelles qui paraîtront justifier une réparation.

Pouvons-nous songer à lui indiquer des maladies mentales? Y a-t-il des maladies mentales qui peuvent être reconnues comme résultant de la profession? Tel est l'objet du second chapitre. Avant tout, le rapporteur se demande si l'exercice de certaines professions, fait d'étiologie, est une cause prédisposante ou occasionnelle? Selon le terrain, hérité ou acquis, les constitutions, les associations morbides, ce même facteur peut jouer un rôle prépondérant, ou seulement secondaire, mais la prédisposition elle-même peut aussi être constituée par l'intoxication professionnelle; il est donc vain de chercher un qualificatif au facteur : profession.

Les conditions innées ou acquises, durables ou accidentelles, de nature à entraver le fonctionnement régulier du cerveau, sont de jour en jour plus nombreuses, complexes, s'accroissent avec la civilisation et à ses dépens. Leur valeur est inversement proportionnelle au degré de résistance de l'individu, d'autant plus grande que cette résistance s'affaiblit; et l'on a, d'une part, le terrain psychopathique, d'autant moins solide que les conditions de lutte pour la vie se compliquent, d'autre part, la liste des facteurs déterminants, toujours plus longue. Les professions font partie de ces facteurs, apportant de nouvelles sources d'intoxication ou d'infection multiples, parmi lesquelles le surmenage imposé, dépassant parfois la limite de résistance.

Bien que la question n'ait jamais été traitée spécialement, on trouve quelques indications chez les aliénistes français depuis Esquirol. Certaines études récentes présentent un intérêt plus grand, notamment : Charpentier (1883), Bourneville, A. Marie, Toulouse, ont donné des statistiques et exposé des idées que l'on doit retenir : la conclusion première est qu'il y a des maladies mentales professionnelles. Les auteurs admettent que certaines professions ont un rôle étiologique *primordial* (quand il s'agit du plomb, du mercure, du sulfure de carbone, etc.); *accessoire* ou *secondaire,* quand la maladie d'un autre organe s'interpose entre la cause professionnelle et la maladie mentale.

On peut donc chercher à déterminer cliniquement les maladies mentales professionnelles, en les rangeant en deux groupes :

1° Celles qui sont causées exclusivement ou essentiellement par la profession;

2° Celles qui en proviennent indirectement, secondairement, qui sont *occasionnées,* et non uniquement causées par la profession, celles pour lesquelles une affection interposée ou un traumatisme ont été nécessaires. Bien entendu, la réparation doit être considérée comme due, aussi bien aux secondes qu'aux premières.

Quant à la prédisposition, malgré certain vœu des chirurgiens de 1907, on doit l'éliminer; il serait inique d'en tenir compte pour la réparation : ainsi pensent Ribierre, Balthazard, Brissaud et M. Paul Pic, dans son *Traité de Législation industrielle* de 1912. La Cour de Cassation a d'ailleurs sanctionné plusieurs fois cette interprétation : « Or, bien que la réparation des maladies professionnelles ne relève encore que du droit commun, disait M. Pic, en 1912, la jurisprudence est fixée aujourd'hui dans le sens de l'assimilation aux accidents du travail des affections pathologiques d'origine traumatiques telles : l'asphyxie aiguë par gaz méphitiques, la syphilis des verriers, le charbon, les névroses traumatiques, l'aliénation mentale. (Tribunal de Villefranche, 14 mai 1901.)

Si on ne tient pas compte de la prédisposition pour les accidents, comment pourrait-on l'opposer au principe de la réparation des maladies? Où sont les

individus indemnes de toute prédisposition ? Comment les reconnaître ? Et si l'on adoptait la pratique du livret sanitaire de l'ouvrier, serait-il humain et juste d'écarter du travail dangereux tous ceux qui seraient prédisposés aux maladies mentales ? On les condamnerait à la mendicité, alors qu'ils ne sont point responsables de leurs tares ? Bien entendu, il faut excepter les cas où la prédisposition est constituée par une première atteinte de folie ou par l'alcoolisme. De même, les signes de dégénérescence devraient être négligés dans l'appréciation du caractère professionnel ; et si cela n'est pas la souveraine justice, ce sera de la charité bien placée envers les victimes de la vie moderne.

Sur ces bases sont établis les deux groupes de maladies mentales professionnelles, en y faisant rentrer tous les cas connus. On pourrait adopter pour elles la définition générale de Forgue et Jeanbrau, légèrement modifiée : ce sont « des maladies mentales contractées insidieusement et développées par suite du genre de travail ou des conditions d'insalubrité de certaines industries ou professions ».

Le chapitre 3 est consacré aux maladies mentales exclusivement ou essentiellement professionnelles, qui résultent de l'action directe d'un agent toxique, quand cet agent est fabriqué ou manipulé professionnellement. Avant tout, il est parlé de la « contagion mentale », dont les exemples sont fort rares, mais non impossibles.

Au sujet des agents toxiques, après avoir établi la liste des poisons qui ont une action connue sur les fonctions cérébrales, le rapporteur a interrogé les aliénistes des régions industrielles. Les réponses ont été en général négatives : on ignore les psychoses professionnelles. Cependant, quelques observations ont été publiées, de cas liés aux intoxications par le plomb, le sulfure et l'oxyde de carbone, etc... De la liste des 55 poisons industriels dressée par Sommerfeld et Fischer, 21 substances ont été retenues comme ayant des effets toxiques sur le système nerveux central ; celles auxquelles on a reconnu un rôle étiologique dans les psychoses sont : le plomb, le mercure, le sulfure de carbone, l'oxyde de carbone, et plus rarement, la benzine, la nitro-benzine et l'aniline, le pétrole, le manganèse, enfin le travail à haute température, à haute pression (caissons) et le surmenage.

Le plomb tient le premier rang, et, parmi les accidents saturnins, l'encéphalite décrite par Mosny est le plus important ; mais la paralysie générale saturnine, dont on parle depuis 55 ans, n'est nullement une pseudo-paralysie générale, ainsi que le démontre la réaction de Wassermann ; c'est une P. G. classique, évoluant chez des saturnins. On peut cependant la qualifier de professionnelle, puisque le saturnisme y joue le rôle de cause prédisposante acquise. En outre, la goutte et la néphrite saturnines peuvent devenir facteurs de troubles mentaux ; des cas assez nombreux ont été publiés. Le professeur Dupré a rangé dans son « artério-sclérose cérébrale » des troubles psychiques qui relèvent de la dénutrition chronique de l'encéphale, secondaire aux artériopathies des intoxications externes (alcool, plomb, etc...). Enfin, Meillière a trouvé le plomb localisé dans le système nerveux central et Layet et A. Marie ont confirmé cette imprégnation.

Les autres poisons industriels sont examinés, et leur rôle est beaucoup moins important : pour le mercure, les troubles nutritifs précèdent toujours les formes mentales ; l'arsenic doit être laissé de côté ; il y a des psychoses sulfo-carbonées, mais rarement pures et des psychoses oxycarbonées, dont de Fursac a décrit les stigmates. Quant aux autres agents toxiques, leur rôle est trop incertain encore pour que l'on puisse envisager des maladies mentales attribuables à leur action.

Pour l'alcool, la question a été résolue par la négative par Régis chez les distillateurs et les dégustateurs. Chez les ouvriers des poudreries, on pourrait envisager un alcoolisme professionnel, si l'alcoolisme par inhalation était démontré.

Dans le quatrième chapitre, il est question des maladies mentales occasionnellement professionnelles : la folie peut être consécutive à une affection dont la cause est professionnelle ; si celle-ci n'est pas indemnisée, n'y a-t-il pas lieu de demander la réparation pour les troubles mentaux ? Ainsi, des paludéens, réformés sans compensation, font des épisodes oniriques, qui devraient les faire réformer avec retraite. Il est donc indiqué d'admettre comme professionnelles les psychoses qui ont leur cause dans le paludisme professionnel, les insolations, les brûlures, les maladies des organes et des glandes, telles certaines cardiopathies ou néphrites d'origine professionnelle ; de même, les psychopathies des dermatoses à caractère professionnel.

Pour les traumatismes, ce sont des accidents, indemnisés comme tels par la loi de 1898 ; mais leurs conséquences ne le sont point, et partout où il y a des traumatismes cérébraux ou céphaliques, il peut se développer une psychopathie : la folie traumatique d'Ellis n'est pas connue de la loi de 1898, ce que M. Pic qualifie d'injuste et d'illogique. Cette question est traitée par Thoinot dans son livre récent et on peut, comme lui, admettre des maladies mentales professionnelles traumatiques, sous les formes : dégénérescence mentale, paralysie générale, vésanies et démence.

Enfin, la profession militaire est-elle un facteur de maladie mentale ? Le rapporteur disait, en 1914, qu'il ne pensait pas qu'il y ait des psychoses militaires : on peut seulement dire que, dans l'état militaire, se trouvent réunies au maximum les causes de folie ; mais ne serait-ce pas s'écarter du problème que de les considérer comme professionnelles ?

Ce qui s'est passé depuis l'impression du rapport, c'est-à-dire la guerre, est-il susceptible de modifier cette conclusion ? Le rapporteur ne le pense pas : de l'énorme bibliographie qui est résultée de la pratique de la psychiatrie militaire, il semble impossible d'extraire une notion nouvelle à ce sujet. A-t-on vu des formes nouvelles d'aliénation mentale ? Une étiologie nouvelle ? Une évolution différente ? Non ; les cas ont afflué dans les centres et les asiles, évoluant chez des hommes qui étaient partis en état de réceptivité, qui avaient une constitution psychopatique, et qui avaient versé à l'une des multiples occasions qui leur étaient offertes. Seules, ces occasions furent nouvelles, du moins par leur ampleur : commotions énormes, ébranlements inouïs, émotions formidables, fatigues épuisantes ; mais il n'y a pas de raisons d'admettre de nouveaux facteurs étiologiques. La seule chose nouvelle, aussi, c'est la pratique adoptée par l'État pour indemniser les victimes mentales de la guerre. On sait qu'il a été décrété que toutes les affections mentales ayant débuté pendant la mobilisation du malade, donneraient droit à la réforme n° 1, avec pension entière. On n'a tenu compte d'aucune prédisposition, — et on a agi justement, — mais non plus d'aucun accès antérieur, ni de l'alcoolisme. C'est une méthode généreuse, qui s'explique après une guerre si meurtrière, mais qui ne peut être suivie dans la question qui nous occupe, pour la réparation des maladies professionnelles.

Un cinquième chapitre est consacré au diagnostic. Il n'existe pas de critérium du caractère professionnel ; d'ailleurs, l'alcoolisme, que l'on retrouve partout, peut tout simuler et voiler le vrai point de vue ; on doit toujours chercher à l'éliminer, car le principe du risque ne saurait s'étendre jusqu'à lui. De plus, il est bon que le buveur sache que son vice ne peut lui procurer une indemnisation ; en l'écartant de la réparation, on fait de la prophylaxie. Mais d'autre part, la société, qui ne fait rien, ou presque, pour arrêter le fléau, n'est pas fondée à montrer trop de rigueur.

On doit encore éliminer les accès de folie antérieurs ; rechercher si la prédisposition n'a pas été créée par l'intoxication elle-même, selon la règle de Morel, et en

se rappelant que les causes occasionnelles peuvent créer l'aptitude vésanique, comme le dit Toulouse. Mais le diagnostic reste difficile en raison de la non-spécificité des maladies mentales professionnelles et de la présence presque constante de l'alcoolisme.

Les conclusions sont en conséquence les suivantes :

La loi sur les maladies professionnelles répare une injustice et contribuera à la prophylaxie des maladies, en incitant à prendre des mesures d'hygiène publique. Elle ne vise que deux intoxications, le saturnisme et l'hydrargyrisme, mais prévoit l'incorporation de maladies nouvelles.

Le rapporteur a recherché s'il n'y avait pas de maladies mentales professionnelles, en les considérant au point de vue étiologique :

1° Comme exclusivement ou essentiellement professionnelles ;

2° Comme occasionnellement professionnelles, c'est-à-dire réunies à la profession par une affection ou un accident.

Dans le premier groupe, il a retenu, comme dignes d'être incorporées à la loi réparatrice :

1° Les maladies mentales saturnines : encéphalopathie saturnine, troubles mentaux dans la goutte et la néphrite saturnines, artériosclérose cérébrale secondaire à l'intoxication saturnine ;

2° Les maladies mentales liées aux troubles nutritifs ou à la cachexie hydrargyriques ;

3° Les maladies mentales dues au sulfure de carbone et à l'oxyde de carbone ;

4° Les maladies mentales dues au surmenage professionnel ;

5° Les psychoses alcooliques professionnelles chez les ouvriers des poudreries.

Dans le second groupe, on pourrait faire entrer : les maladies mentales consécutives au paludisme, aux insolations, aux brûlures, aux maladies des organes ou des glandes, aux dermatoses, aux traumatismes, lorsque toutes ces affections sont dues à la profession.

Le diagnostic de ces maladies mentales, en l'absence d'un critérium professionnel, doit être fait en éliminant l'alcoolisme, les accès antérieurs semblables, et en négligeant le plus souvent l'état antérieur, la prédisposition.

Le Congrès décidera s'il y a lieu de proposer d'ores et déjà toutes ces maladies mentales, ou quelques-unes seulement d'entre elles, au législateur pour être incorporées à la loi. Sa décision pourra être transmise à la Commission supérieure des maladies professionnelles, toute disposée à accueillir les propositions nouvelles d'incorporation de maladies professionnelles à la loi.

2°. Discussion du deuxième Rapport

M. Roubinowitch (de Paris) proteste contre l'assimilation des maladies mentales professionnelles avec les accidents du travail. Ceux-ci sont le produit d'un traumatisme immédiat, instantané, tandis que les troubles mentaux sont le résultat de causes multiples et lointaines, souvent sans rapport avec la profession. On pourrait presque dire qu'il n'y a pas de psychoses professionnelles, car, ni le garçon marchand de vins qui s'alcoolise, ni le téléphoniste qui se surmène, ni le professeur qui devient persécuté ne doivent leur maladie à l'exercice spécial de leur métier. Il

estime donc que la loi sur les maladies professionnelles, qui oblige le patron à une évaluation forfaitaire et oblige aussi à la déclaration, n'est pas justifiée. Cette loi, bonne au point de vue social, peut être mauvaise au point de vue hygiénique, car elle rendra l'ouvrier imprudent. En réalité, la vraie solution équitable serait l'assurance obligatoire contre la maladie et les accidents, telle qu'elle fonctionne déjà en Angleterre, en Belgique, en Alsace-Lorraine et qui supprime radicalement tout le problème délicat de la responsabilité et des expertises en matière professionnelle.

M. Chavigny (de Strasbourg) rappelle que la loi du 31 mars 1919, sur les pensions militaires indemnisant tous ceux qui ont plus de 60 jours d'incorporation, est une loi d'assurance où l'Etat est l'assureur. Des conseils statuent. Elle va donc beaucoup plus loin que la loi civile, puisqu'elle indemnise, en principe, toutes les infirmités ou maladies contractées à l'armée. Mais, de même qu'il y aura désormais des experts médicaux aux conseils de guerre aux armées, de même il sera nécessaire d'éduquer les juges au point de vue des maladies mentales professionnelles.

M. Ley (de Bruxelles). — La question de la contagion des psychoses a été soulevée fréquemment, et cela me rappelle qu'en 1902, au Congrès international d'Assistance familiale d'Anvers, la question s'est posée de savoir si les nourriciers qui gardent chez eux des aliénés comme pensionnaires ne sont pas, plus souvent que d'autres personnes, atteints de troubles psychiques se produisant par voie de contagion mentale. La question a trouvé de l'écho au Congrès de Milan, en 1906, et au Congrès de Vienne, en 1908, et le Congrès international de Berlin, en 1910, l'a inscrite à son ordre du jour. Le docteur Peeters, médecin directeur de la Colonie de Gheel, a présenté à ce dernier Congrès un travail important (1), où il montre, en se basant sur une enquête psycho-physiologique et sociologique minutieuse, à laquelle Decroly et moi-même avons pris part, que les psychoses, les manifestations dégénératives et criminogènes sont moins fréquentes à Gheel que dans les communes du voisinage, dans lesquelles on ne soigne pas d'aliénés. Lorsque j'ai participé à cette enquête, que j'ai examiné la population enfantine des écoles de Gheel, j'ai été frappé de voir combien l'aspect général en est sain et combien les manifestations dégénératives sont moins fréquentes que dans les villages voisins, et surtout que dans les grandes villes.

Mais il faut songer que la population gheeloise qui, depuis le XIe siècle vit en contact avec les aliénés, est en rapport constant avec les médecins qui visitent les malades pensionnaires et que les adultes, comme les enfants, bénéficient des règles d'hygiène qui sont prescrites à ceux-ci.

L'exemple de Gheel et aussi celui de Lierneux, en Belgique, montrent l'inanité des craintes de contagion mentale des psychoses, ce dont les aliénistes se réjouiront tant pour eux-mêmes, que pour les autres personnes, que leur profession amène au contact des aliénés.

M. Sicard (de Paris). — Il n'y a pas de paralysie générale saturnine, mais les saturnins peuvent avoir une paralysie générale s'ils sont en même temps syphilitiques, ainsi que le démontre la réaction positive de Bordet-Wassermann dans leur liquide céphalo-rachidien.

---

(1) L'Assistance familiale à Gheel et son influence sur la population de cette commune (Congrès international pour l'assistance des aliénés, Berlin, octobre 1910.)

M. Crocq (de Bruxelles). — La paralysie générale des saturnins n'est toujours qu'une paralysie générale en rapport avec une syphilis antérieure. Le plomb ne peut pas donner à lui seul une méningo-encéphalite diffuse.

Le professeur Dupré (de Paris). — La soi-disant paralysie générale saturnine n'est, en réalité, qu'un syndrome paralytique. C'est, pourrait-on dire, une pseudo-paralysie générale régressive qui diffère donc essentiellement par son évolution de la paralysie générale véritable qui est une méningo-encéphalite progressive.

M. Henry Meige (de Paris). — S'il n'est pas démontré, si même il semble fort douteux que les professions entrent en ligne de compte dans l'étiologie des maladies mentales, par contre, on peut affirmer que certaines professions exercent une attraction singulière sur les psychopathes. Il n'y a donc pas de maladies mentales professionnelles; mais il existe des professions que recherchent particulièrement les prédisposés aux maladies mentales. Ce sont, d'une façon générale, tous les métiers qui mettent en œuvre des inventions nouvelles : la mécanique, l'électricité, l'automobile, l'aviation. Dès le premier âge, une foule de jeunes débiles, de déséquilibrés, manifestent un vif penchant pour ces occupations, vers lesquelles ils sont plus attirés par un appétit exagéré des nouveautés que par le goût de l'étude. Leur imagination, mal pondérée, leur fait entrevoir un avenir facile et merveilleux. Aussi s'orientent-ils volontiers vers des professions où ils espèrent arriver à se distinguer rapidement sans grand effort. Ils y entrent avec leurs tares mentales constitutionnelles, qui souvent s'amplifient avec les années. Mais ni la mécanique, ni l'électricité, ni l'automobile ne sont responsables de ces manifestations psychopathiques, l'aviation pas davantage; cette dernière, de date plus récente, fertile en dangers comme en succès, recrute un nombre imposant de déséquilibrés. D'ailleurs, il est à remarquer que les prédisposés peuvent réagir de façon diamétralement opposée à l'occasion des découvertes récentes, selon leur constitution psychopathique. Les uns, comme les précédents, témoignent pour elles d'une prédilection excessive, ce sont les imaginatifs et les impulsifs; les autres, au contraire, timorés enclins aux phobies, redoutent ces agents mystérieux. On sait le rôle que jouent la mécanique et l'électricité, le téléphone et actuellement la télégraphie sans fil, dans les interprétations délirantes. Les premiers sont des mécanophiles, les seconds des mécanophobes. On trouve en psychiatrie maints exemples de ces manifestations contraires. Il n'est guère de phobie qui n'ait pour pendant une philie quelconque.

M. Taty — Il y a treize ans, avec le professeur Pierret, l'étude des maladies mentales professionnelles avait conduit le docteur Chaumié et moi aux mêmes conclusions que le rapporteur dans une communication présentée, en juillet 1907, à la Société des Sciences médicales de Lyon, nous étudiions les maladies mentales consécutives aux traumatismes et nous disions que les causes prédisposantes ou occasionnelles, liées à des traumatismes ou consécutives à eux, comportent l'application de la loi sur les accidents du travail, au bénéfice des malades. Ces idées ont été développées dans la thèse du docteur Guironnet, sur les psychoses liées aux accidents du travail (Lyon, 1907).

M. Coulonjou (de Nantes). — Il est certain que les facteurs divers et parfois étrangers chargent ordinairement l'étiologie des maladies professionnelles; il n'en est pas moins certain qu'il existe en pratique une cause immédiate et dernière qui déclenche la maladie. C'est à cette cause dernière que se rattache le problème de la responsabilité de l'employeur, et le rôle du médecin consiste précisément à signaler au législateur les agents et les causes dont l'efficacité immédiatement productive de troubles mentaux lui paraît évidente.

3°. Communications relatives au deuxième Rapport

LE CAFARD PENDANT LA GUERRE

par M. Grandjux, de Paris

Les maladies mentales professionnelles semblent pouvoir être classées, au point de vue étiologique, en deux catégories, suivant qu'elles résultent d'une intoxication ou d'épreuves morales. Dans l'armée, les troubles mentaux de cette dernière nature sont englobés sous le nom de cafard. Leur physionomie bien connue est constatée surtout aux colonies, mais on les a constatés également dans la guerre d'hier où ils aboutirent parfois à des actes justiciables des conseils de guerre. Pendant la guerre de 1870, l'auteur ne vit rien de semblable, malgré les situations parfois très angoissantes des armées. Il rapporte notamment la bataille de Frœschwiller et salue à cette occasion la mémoire de ses collègues, les médecins majors Millaut, Navarre et Ringeisen. Il reste convaincu que si, en 1870, le psychisme des blessés français n'a pas été troublé par les cruelles épreuves qu'ils eurent à subir, cela tient à ce que les Alsaciens, dans un bel élan de patriotisme, les ont entourés d'une sollicitude délicate, familiale, absolument admirable. Il considère de son devoir d'ancien étudiant de Strasbourg et d'ancien médecin de régiment de porter à la connaissance du Congrès cette interprétation de l'absence du « cafard », en 1870.

LA PATHOLOGIE DU TRAVAIL AUGMENTE

par R. Benon, de Nantes

La question des maladies mentales professionnelles, envisagée du point de vue médico-légal, est d'ordre pratique bien plus que d'ordre scientifique. La relation de cause à effet, entre la maladie psychique et la profession, restera souvent incertaine. Dans le doute, la solution de la question devra être favorable au patient. Si la maladie mentale a été aggravée par le métier exercé, l'indemnisation du point de vue pratique s'impose également. La tendance du législateur de la guerre 1914-1918 est celle, à notre avis, qu'il faut suivre. Parmi les facteurs les plus importants des maladies mentales professionnelles, en dehors de celles qui ne sont que de simples accidents du travail, nous rangeons, en première ligne, le surmenage physique et intellectuel et, ensuite, les infections et les intoxications. Le vote d'une loi d'assurances contre les maladies s'impose après le vote de la loi d'assurance contre les accidents.

---

c) Troisième Rapport

LES LÉSIONS DU CORPS THYROIDE DANS LA MALADIE DE BASEDOW

1°. Addendum au troisième Rapport

Cet addendum comprend deux études : l'une sur le « métabolisme basal », l'autre sur les « rapports de la guerre avec la maladie de Basedow ».

M. Roussy. — Quoique j'aie eu soin, dans mon rapport de 1914, de limiter mon sujet au terrain strictement anatomo-pathologique, je me crois autorisé aujourd'hui à faire une courte incursion dans le domaine de la physiologie pathologique et d'exposer brièvement la question du « métabolisme basal » dans la maladie de Basedow. Cette question a pris dans ces dernières années une grande importance pratique aux États-Unis. Il n'est pas de grand service clinique américain où le test du « basal metabolism » — ainsi que j'ai pu m'en rendre compte au cours d'un récent voyage — ne soit utilisé pour le diagnostic différentiel précoce des formes frustes du goitre exophtalmique. De plus, ce « test » peut servir à guider le médecin ou le chirurgien dans la thérapeutique à instituer.

On sait que par métabolisme on entend l'ensemble des processus au moyen desquels les cellules transforment la matière. Ces transformations, ces échanges des tissus sont modifiés d'une manière notable par les troubles des glandes à secrétion interne.

Les travaux classiques de Biedl, de Kocher, de Gley, ont montré que la thyroïdectomie entraînait chez l'animal un abaissement du métabolisme azoté, une diminution de l'urée et de l'Az total des urines et de l'acide phosphorique, ainsi qu'une diminution de la quantité d'oxygène fixé et de l'acide carbonique exhalé. Au contraire, l'administration d'extrait thyroïdien relève le taux de tous les échanges.

Les recherches cliniques sur le métabolisme dans le Basedow ont confirmé les données expérimentales. Tous les échanges sont augmentés dans l'hyperthyroïdisme, que ces échanges portent sur les éléments minéraux ou les éléments gazeux.

C'est F. Muller qui, en 1893, constata le premier l'augmentation du métabolisme dans le goitre exophtalmique, en montrant qu'un basedowien perd du poids et des substances azotées avec un régime plus que suffisant à compenser les pertes d'un sujet normal. Deux ans plus tard, Magnos Lévy démontra le premier l'augmentation du métabolisme respiratoire dans l'hyperthyroïdisme et sa diminution dans le myxœdème.

Ces données ont été confirmées par les recherches ultérieures.

MÉTABOLISME BASAL

Sous le nom de « basal metabolism », les auteurs américains entendent la production de chaleur minimum de l'organisme, le minimum d'échanges d'un sujet soumis à un repos de vingt à soixante minutes (pour éliminer les échanges dus à l'action musculaire) et à jeun depuis douze à dix-huit heures (pour éliminer le métabolisme de la digestion).

Cette production de chaleur minimum, qui servira de terme de comparaison, est normalement d'environ 39,7 calories chez l'homme et 36,9 chez la femme; il peut exister des variations physiologiques inférieures à 10 %.

Le métabolisme basal peut être mesuré directement au moyen d'un calorimètre, ou indirectement en calculant la production de chaleur par l'analyse des produits de désassimilation résultant de l'oxydation des tissus, en particulier de la quantité d'oxygène absorbé et de la quantité d'acide carbonique exhalé.

Les difficultés techniques étaient grandes, car il fallait non seulement mesurer la quantité de chaleur perdue par radiation et conduction du corps (calorimètre directe), mais aussi recueillir les produits de combustion des tissus, afin de calculer la production de chaleur (calorimètre indirecte).

Appareils. — C'est Voit et ses élèves Pettenkoffer, Rubner qui résolurent le problème, en construisant un calorimètre respiratoire permettant de mesurer les échanges gazeux entre un organisme vivant et l'atmosphère ambiante et de déterminer en même temps la quantité de chaleur produite dans l'organisme.

Atwater, Benedict perfectionnèrent le calorimètre et permirent de mesurer simultanément la chaleur éliminée, la production d'acide carbonique et l'absorbtion d'oxygène. Benedict put ainsi étudier le métabolisme basal dans le jeûne prolongé chez le sujet normal, chez l'enfant, dans le diabète.

Le métabolisme basal peut aussi être déterminé par le gazomètre de Tissot. On ajuste le masque sur la bouche et le nez du sujet à jeun et au repos, et on recueille dans un gazomètre le volume total de l'air inspiré pendant un temps connu (10 minutes environ); on détermine en outre le contenu de l'air expiré en CO^2 et O.

Technique. — Connaissant le volume d'air expiré par le sujet en une minute et le pourcentage d'O et de CO^2 dans l'air expiré, on peut déterminer le volume d'O absorbé par l'organisme en une heure et la quantité correspondante de CO^2 produit. Comme le quotient respiratoire, c'est-à-dire le rapport entre le volume de CO^2 exhalé et le volume d'O absorbé, mesure la combustion des tissus dans le temps de l'expérience ; comme, d'autre part, on connaît par les tables calorimètres la valeur en calories d'un litre d'O fixé par l'organisme pendant cette combustion, on peut facilement calculer la production de chaleur totale par heure. On divisera le nombre total des calories par la surface du corps, facteur qui dépend du poids et de la taille du sujet. On comparera le nombre ainsi obtenu aux chiffres étalons établis par âge et par sexe.

Il est convenu que le *métabolisme basal* s'exprime par le pourcentage du taux normal; quand la production de chaleur est supérieure à la normale, le pourcentage est + : quand elle est inférieure à la normale, le pourcentage est —. Différentes formules ont été données pour calculer la production de chaleur normale. Voici celle de du Bois, avec laquelle l'erreur moyenne n'est que de 1,7 % :

$$S — P \times H \times 71,84$$

où S désigne la surface en cm; P, le poids en kilog.; H, la hauteur en cm, et 71,84 une constante.

Résultats. — Le métabolisme basal a la plus grande valeur dans les désordres thyroïdiens, parce qu'il donne un indice mathématique très exact du degré d'activité fonctionnelle de la glande thyroïde.

Tous les auteurs (du Bois, Means et Aub, Mc Caskey, Krogh, Sandiford, etc.) ont constaté dans le goitre exophtalmique une augmentation considérable du métabolisme basal qui peut atteindre 100 % au-dessus de la normale dans les cas graves, 50 % dans les cas moyens, 30 % dans les cas légers. Par contre, chez les crétins, les myxœdémateux, le métabolisme basal peut tomber à 20 ou 40 % au-dessous de la normale.

Le repos au lit détermine habituellement à lui seul, chez les basedowiens, une diminution notable du métabolisme basal (environ 10 %).

La ligature d'une artère thyroïdienne est suivie également d'un abaissement du chiffre du métabolisme: ce taux baisse encore après la deuxième ligature. La thyroïdectomie accentue la chute. On peut voir des basedowiens, dont le métabolisme basal était de 66 % avant toute intervention, tomber à 16 % après double ligature et thyroïdectomie. La rapidité du pouls s'atténue parallèlement et passe de 115 à 82.

Les rayons X peuvent amener, dans certains cas, un abaissement du métabolisme basal; mais dans d'autres cas, l'effet est nul.

Déductions et thérapeutiques. — Les auteurs américains tirent de ces recherches, des renseignements capables de régler la thérapeutique de la maladie de Basedow. Ils conseillent de soumettre d'abord le malade au repos, au lit, et de recourir aux rayons X, afin d'amener le métabolisme à un chiffre minimum. Si l'abaissement de ce métabolisme n'atteint pas 20 %, on s'adressera à la chirurgie, à moins qu'il existe une contre-indication définie. Parmi ces contre-indications, il faut compter une élévation du métabolisme, malgré le repos complet. A la suite de l'opération, si le métabolisme s'accroît de nouveau, il convient de reprendre un traitement actif. Telle est la conduite préconisée par Means et Aub.

A la clinique des frères Mayo, à Rochester, on fait une thyroïdectomie partielle dès que l'étude du métabolisme a établi le diagnostic. Une augmentation de 40 % dans le métabolisme commande une prudence très grande dans le choix de l'intervention ; une de 60 à 70 % contre-indique une thyroïdectomie d'emblée. On commence par lier la thyroïdienne supérieure d'un ou des deux côtés et huit jours plus tard, si le métabolisme s'est abaissé, on fait la thyroïdectomie. Celle-ci est habituellement suivie d'une diminution marquée du métabolisme. Parfois un certain degré de dysthyroïdie peut persister, ce qui montre le taux élevé du métabolisme. Dans ces cas, une deuxième thyroïdectomie partielle est indiquée, parfois même une troisième thyroïdectomie peut être nécessaire : mais ce sont là des faits rares.

BIBLIOGRAPHIE. — Bandiforb (I). The basal metabolic rate in exophtalmic goitre (1917 cases), with a brief description of the technich used at the Mayo Clinic. *Endocrinblogy*, janv.-mars 1920. p. 71. — Benedict. The basal métabolism. — *Journ. Biol. Chemi.* 1914, p. 139; id. 1915, p. 231 ; id. p. 243 ; id. p. 253 ; id. p. 263. — Christié. Basal Metabolism in the hyperthyroïdism. *Ohio State med. Journ.* 1919, p. 708. — Du Bois. Metabolism in Exophtalmic Goiter. *Arch. Int. Med.* 1916, XVII, p. 915. — Geyelin. The carbohydrate Metabolism in hyperthyroïdism as determined par examination of blood and urine. *Arch. Int. Med.* 1915, XVI, p. 975. — Halverson, Bergeim

et Hawk. Metabolism study of goiter with effect of thyroïd and thymus treatment. *Arch. Int. Med.* 1916, XVIII, p. 800. — Hirschlaff. Zur Pathol. u. Klinik der Morbus Basedovi. *Berl. Klin Woch* 1904, p. 635. *Zeits. I. klin. Med.* 1899, p. 200. — Kummer. Recherches sur le métabolisme minéral dans la maladie de Basedow. *Rev Méd. de la Suisse romande*, 1917, p. 439. — Mc. Caskey The basal metabolism and hyperglycemic tests of thyroidism with special reference to mild and latent cases. *J. Am. M Ass.* 1919, 73, p. 243. — Magnus Lévy. Gaswechsel bei thyroïdes. *Berlin, Klin. Wochens*, 1895, p. 650. — Means et Aub (A). Study of exophtalmic goiter from the point of view of the basal metabolism. *Journ. Am. M. Ass.*, 1917, 69, p. 33. — Mullep. Beit. zur Kenntnis der Basedowische Krankheit. *Deuts. Arch. f. Klin Med.*, 1893, II, p. 335. — Parhon (M.). Influence de la thyroïde sur le métabolisme du calcium. *Soc. Biol.*, 1912, p. 620, — Scholz. Schildrüsenbehand u. Stoffwechsel d. Menschen insb bei Basedow. *Centralbl. f. Inn. Med.*, 1895, p. 1041. — Salomon. Gaswechseluntersuch Bei Morbus Basedowili. *Zeits* i. *Berl. Klin. Woch.*, 1904, p. 635. — Undeutsch Exper. — Gaswechseluntersuch Bei Morbus Basedowili. *In Diss.*, Leipzig, 1913. — Krogh. Thyroïdine, effect upon the basal metabolism. *Ugeskrift for Laeger*, 1916, 78, p. 2337.

LA MALADIE DE BASEDOW ET LA GUERRE

M. Roussy. — La période troublée que nous venons de traverser durant les années de guerre a vu se multiplier, à l'excès, les conditions susceptibles de créer les maladies d'origine émotionnelle ou traumatiques. Jamais un champ d'observations aussi vaste ne nous a été fourni ; blessures, traumatismes, commotions, chocs émotifs de toutes sortes n'ont pas été l'unique et triste privilège des combattants, mais ont frappé encore, dans les pays envahis, les populations civiles. Il est donc intéressant aujourd'hui de jeter un coup d'œil sur les faits tirés de l'observation de guerre, et de voir si, comme le voudraient certains auteurs, ils viennent, par un choc en retour, remettre en honneur la théorie classique émotive de la maladie de Basedow.

I. — *Faits publiés et interprétations des auteurs.* — C'est Bérard qui, le premier, en 1916, attira l'attention sur les rapports de la maladie de Basedow et la guerre. Chez ses malades, l'affection débuta parfois chez des sujets déjà porteurs, depuis plus ou moins longtemps, de petits goitres bien tolérés (8 cas), sous l'influence de surmenage physique et moral, des infections microbiennes. Dans trois cas, par contre, le goitre exophtalmique se déclara presque subitement à l'occasion d'émotions très vives, d'angoisses répétées, d'efforts physiques violents. Une fois, c'est un civil qui rentre des pays envahis, après avoir échappé par miracle à une fusillade en masse. Une autre fois, c'est un militaire qui a subi toutes les horreurs de la retraite serbe en 1915. Un troisième cas a trait à un médecin auxiliaire soumis à une série de bombardements particulièrement meurtriers.

Des observations analogues ont été rapportées en France, en Angleterre, en Allemagne.

Pour sérier les questions, on peut distinguer les cas de goitre exophtalmique qui sont survenus à la suite d'un *traumatisme physique*, de ceux qui ont suivi une *émotion* ou une *commotion*.

1° Panski, Simons, ont observé des goitres exophtalmiques chez des soldats contusionnés par des éclats d'obus.

Duplant a rapporté l'histoire d'un soldat qui, en 1913, tomba d'un échafaudage de dix-sept mètres de haut, sur l'épaule et la nuque, et se fit une fracture de la clavicule ; le blessé vit aussitôt apparaître de la tachycardie, puis un goitre survint en 1914 et, en 1919, on nota de l'exophtalmie et du tremblement. L'auteur pense

qu'il s'agit d'une lésion des nerfs cardiaques. Léniez estime que, dans ce cas, il doit y avoir également eu contusion crânienne et qu'il s'agit là d'un goitre exophtalmique par choc céphalique.

Wertheimer a noté l'apparition du syndrome basedowien chez un jeune soldat qui avait reçu un coup de fusil à la partie inférieure du cou, mais les signes d'hyperthyroïdie disparurent en huit jours.

Sergent a observé cinq cas de goitre exophtalmique à la suite d'une blessure thoracique ; il incrimine une lésion des nerfs du plexus cardiaque, ce qui viendrait à l'appui de la théorie sympathique de certains cas du syndrome basedowien.

2° Plus nombreux sont les cas de goitre exophtalmique survenus à la suite d'émotions psychiques vives, de fatigues physiques et morales. Le syndrome apparaissait souvent rapidement après le shok émotif ; parfois, au contraire, il s'installait lentement et progressivement. Les symptômes pouvaient être au complet ou, au contraire, limités à quelques-uns seulement. C'est ainsi qu'on a voulu faire rentrer dans le *basedow fruste* certaines *tachycardies* si souvent observées chez le soldat. Lian est d'avis que parmi ces malades il existe des débiles circulatoires, des névralgiques, des névropathes, mais aussi des endocriniens par trouble thyroïdien ou surrénal, et il estime que le basedowisme fruste revendique une bonne part des tachycardies d'allure névropathique. Mais Gallavardin et Aubertin font justement observer que chez bien des tachycardiques il est difficile de dire exactement où commence le basedowisme.

Parmi les cas de *basedow complet* post-émotionnels, signalons les observations de Laignel-Lavastine (4 cas), de Lortat-Jacob (2 cas), de Babonneix et Celos (2 cas), survenus après des commotions vives, bombardement violent ou ensevelissement par explosion d'obus de gros calibre. Dans les trois cas de de Roselle et Oberthur, le syndrome apparut au complet quelques heures après l'éclatement de gros projectiles. Lian a noté deux cas de goitre exophtalmique chez deux artilleurs soumis à de violents bombardements, et un goitre basedowifié. Mercklen a trouvé en six mois une dizaine de cas de goitre exophtalmique chez des évacués du front.

Baer a constaté trois cas aigus de basedow survenant quelques heures après une frayeur violente ; Rothacker, six cas consécutifs au surmenage et aux émotions ; Schutzinger, un cas après éclatement de grenade.

L'évolution de ces cas est très variable ; à côté des cas bénins, où les symptômes sont transitoires et disparaissent en partie en dix à vingt jours après un repos au lit, comme chez les malades de Johnson, il existe des cas aigus mortels, tel le cas du malade de Simons, qui fit un goitre exophtalmique aigu au quinzième jour après être tombé à l'eau et mourut par cachexie.

Quelle est l'interprétation donnée à ce fait par les auteurs ? Le trouble psychique est pour tous à la base de l'origine du goitre exophtalmique de guerre, mais le processus intime du déclanchement de l'affection est différemment interprété. Certains, avec Tilling, Pulay, admettent encore une théorie nerveuse pure et nient un dysfonctionnement thyroïdien. Ils estiment que le goitre exophtalmique est le résultat d'une augmentation de l'activité sympathique, au même titre que la tachycardie, la calvitie, la canitie, la polyurie, la diarrhée qui peuvent également s'observer après les émotions.

D'autres auteurs, avec Klose, restent partisans du rôle primordial de la thyroïde et du thymus dont le dysfonctionnement serait la conséquence d'une altération nerveuse sympathique. Pour l'expliquer, on s'appuie sur la théorie émise par Cril (de Cleveland), dans ses travaux sur le shok et l'hypertension artérielle. Elle a pour base le fait que, dans le basedow, l'hypertension artérielle est fréquente.

L'excitation du sympathique sous l'influence de la frayeur, a son retentissement sur la secrétion surrénale. Toutes les glandes à secrétion interne sont innervées par le sympathique ; entre les centres nerveux d'où vient l'incitation secrétoire et les glandes, se trouvent des ganglions qui arrêtent ou ralentissent l'excitation. Or, pour les surrénales, il n'y a pas de ganglion. Les excitations d'origine cérébrale y arrivent donc plus vite que sur les autres glandes.

Dans le basedow, en particulier, les relations entre la surrénale et la thyroïde sont des plus étroites. Le système nerveux excité agit sur les surrénales plus exposées que les autres : l'adrénaline est secrétée en abondance, ce qui détermine une exaltation anormale et permanente du sympathique et une excitation consécutive de la thyroïde et son hyperfonctionnement.

Mais cette théorie ne peut s'appliquer aux goitres exophtalmiques d'origine émotionnelle avec hypotension, comme Etienne et Richard en ont rapporté deux cas, à moins d'admettre l'hypothèse d'un phénomène d'inhibition permanente.

Elle ne peut non plus s'appliquer aux cas de basedow émotifs survenant chez des sujets atteints déjà de maladie d'Addison. Dans le cas de Etienne et Richard, par exemple, l'exaltation thyroïdienne ne peut être due à l'hypersecrétion de l'adrénaline sous l'influence de l'émotion causée par l'explosion de La Courneuve, puisque le malade avait une maladie d'Addison ayant entraîné la mort quelque temps après ; il s'agissait donc d'un déficient surrénalien d'ailleurs hypotendu. Ramond et François ont rapporté un cas analogue.

D'autre part, le goitre exophtalmique a été noté chez des shokés ; or, quand l'émotion est assez intense pour produire l'état de shok, elle détermine ordinairement une insuffisance surrénale et non un hyperfonctionnement surrénal. Lœper et Verpy ont noté chez les commotionnés une hypotension nette avec ligne blanche et une tachycardie persistant pendant plusieurs jours.

La dysthyroïdie basedowienne conditionnée par une émotion n'est donc pas nécessairement liée à une suractivité surrénale.

Nous venons de voir que tous les auteurs précédents admettaient la theorie émotive du basedow de guerre. Rares, en effet, sont les auteurs qui sont opposés à cette conception.

II. — *Faits et opinions personnels.* — Mon attention a porté durant la guerre, d'une façon tout à fait particulière, sur le sujet qui nous occupe ici. Durant mes années de séjour dans les centres neurologiques du front ou de l'intérieur, j'ai cherché avec soin, parmi les milliers de malades qui ont passé sous mes yeux, à fouiller la question des rapports entre le traumatisme, les chocs émotifs et certaines maladies du système nerveux dites émotives, comme le parkinson ou le basedow.

J'ai vu, comme tous les neurologistes, un certain nombre de basedow-type indiscutable, chez les soldats, et également un certain nombre de cas de basedow frustes discutables. Sur dix à douze observations personnelles, je ne possède qu'un seul cas dans lequel les rapports entre une commotion et la maladie de Basedow semblent indiscutables.

Il s'agit d'un homme qui, à la suite du bombardement d'Arras, a présenté, d'une part, de la surdi-mutité hystérique dont il a été débarrassé rapidement, et, d'autre part, un syndrome basedowien caractérisé par du tremblement, de la tachycardie et un léger degré d'exophtalmie. J'ai vu ce malade pour la première fois en 1915, et suis resté depuis en correspondance avec lui. A l'heure actuelle, c'est-à-dire après cinq ans, et ceci sans aucune thérapeutique, la tachycardie et le tremblement ont disparu et le malade se considère comme guéri.

Je n'ai pas pu avoir de renseignements sur l'exophtalmie, qui était d'ailleurs discutable.

On peut se demander s'il s'agit ici d'un basedow fruste ou d'un faux basedow, mais dans tous les cas il ne s'agit pas de maladie de Basedow-type à évolution lente, et presque fatalement progressive. Je crois que ces formes de basedow fruste mal connues et de nature encore discutable devraient être pour le moment éliminées du débat. Comme je l'ai dit en 1914, elles ne peuvent qu'embrouiller la question.

Ainsi mes résultats personnels viennent en désaccord avec ceux publiés ci-dessus. Ai-je eu affaire à une série exceptionnelle ? Ou bien, au contraire, les auteurs ci-dessus cités, pour la plupart disciples fidèles du dogme classique de la théorie émotive, n'ont-ils pas fait suffisamment œuvre d'esprit critique et ne se sont-ils pas trouvés, quelquefois du moins, en présence de faits de simple coïncidence ?

Quoi qu'il en soit, la littérature de guerre nous montre que la maladie de Basedow a été plus fréquente, chez l'homme, que pendant la paix. Mais que de multiples causes peuvent être évoquées pour expliquer cela : fatigue, surmenage, infection, etc. ! D'autre part, la maladie de Basedow a-t-elle été plus fréquente durant la guerre chez la femme ? C'est une question que je pose à mes collègues sans pouvoir personnellement y répondre. J'ajoute que la littérature est silencieuse sur ce point.

Enfin, je ferai remarquer :

1° Que de l'observation de guerre, il se dégage un fait indiscutable : le nombre de cas de maladie de Basedow observés durant ces dernières années ne semble pas avoir suivi proportionnellement l'augmentation considérable des chocs physiques ou moraux.

2° Que rien, dans les faits publiés par les auteurs, n'apporte un élément nouveau prouvant l'origine émotive et primitivement sympathique du goitre exophtalmique. Il n'est pas impossible que cette preuve soit fournie un jour, surtout aujourd'hui qu'une série de faits récents tendent à faire sortir de l'ombre la physiologie pathologique du sympathique. On connaît à l'heure actuelle les manifestations organiques passagères post-émotives, telles que les réactions sudorales secrétoires, vaso-motrices. On connaît aussi les faits de dérèglement durable du sympathique consécutif à la longue immobilisation d'un membre (troubles sudoraux, hypothermie, etc.) que nous avons particulièrement étudié avec MM. Boisseau et d'Oelsnitz. Mais on ne connaît pas encore de dérèglement définitif ou de longue durée du système sympathique créé par le choc émotif.

En dernière analyse, que la lésion thyroïdienne de la maladie de Basedow soit ordinairement secondaire à une thyroïdite — ainsi que je l'admets dans mon rapport de 1914 — qu'elle soit (comme il reste à le démontrer) secondaire à une lésion ou à un trouble sympathique passager ou permanent, cette lésion thyroïdienne n'en reste pas moins le *substratum* anatomique essentiel, capital, avec lequel il faudra désormais compter.

J'ajoute, en terminant, que tous les faits anatomo-pathologiques que j'ai eu l'occasion de voir récemment aux États-Unis, où la maladie de Basedow est extrêmement fréquente, et où les pièces chirurgicales sont très nombreuses, viennent confirmer les conclusions de mon rapport de 1914.

BIBLIOGRAPHIE. — AUBERTIN. Les tachycardies de guerre. *Presse Méd*, 24 janvier 1918. — BABONNEIX et CELOS. Deux cas de goitre exophtalmique survenus à la suite d'une commotion nerveuse. *Soc. Méd. des Hôp.*, 1er juin 1917. — BAR. Akut auftretender Morbus Basedowili im Felde. *Klin. Monatsbl f. Augenh.*, juillet-août 1917. — BÉRARD. La maladie de Basedow et la guerre. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1916, 76, p. 428. — BŒHME. — War neuroses in women. *Med. Record.*. 1918, 94, p. 180. CANNON. Recherches sur les glandes à secrétion interne. *Journ. Am. Méd. Ass.*, 18 nov. 1916. — DEBOVE. Les goitres exophtalmiques. *Journ. des Praticiens*, 11 mai 1912, p. 289 — DUPLANT. Goitre exophtalmique développé à la suite d'un violent traumatisme de l'épaule. *Réunion Méd. de la 1re armée; Presse Méd*, 1916, XXIV, p. 333. — ETIENNE et RICHARD. Maladie de Basedow et émotions de bombardements. *Soc. Méd. des Hôp.*, 20 déc. 1918. — ETIENNE et RICHARD Syndrome basedowien d'origine émotive survenu chez un addisonnien. *Soc. Méd. des Hôp.*, 26 déc. 1918. — ETIENNE et RICHARD. Glandes et émotions de bombardements *Soc. Méd. de Nancy*, 24 novembre 1918. — ETIENNE et RICHARD. La pression artérielle et les émotions de guerre. *Paris Méd.*, 9 août 1919. — JOHNSON. Symptoms of hyperthyroïdism observed in exhausted soldiers. *Brit. Med. Journ.*, 22 mars 1919, p. 335. — KLOSE (H). — Der Kriegs Basedow. Pathogenese, Types, Verlauf und militärarztliche Bedeutunh. *Medizine Klin*, 1918, n° 49. — LAIGNEL-LAVASTINE. *Revue Neurol.*, 1915, p. 1168 — LENIEZ. — Sur le goitre exophtalmique traumatique *Progrès Méd.*, 1916, 30, p. 215. — LIAN. Les petits basedowiens. *Presse Méd*, 26 déc. 1918, p. 66). — LIAN. Les troubles cardiaques des soldats en campagne. *Journal Méd. Français*, mai 1918. — LIAN. Les troubles cardiaques aux armées. *Soc Méd. des Hôp.*, 13 oct. 1916 — LIAN. — Le basedowisme fruste dans les troubles cardiaques des soldats. *Soc. Med. des Hôp.*, 15 nov. 1918. LŒPER et VERPY. — La répercussion glandulaire et humorale des commotions. *Soc. Méd. des Hôp.*, 20 oct. 1916. — LORTAT JACOB. *Soc. de Neurol.*, 7 avril 1916. — MARCUSE. Zur Kenntnis des Manner-und Kriegs-Basedow. *Deut. Med. Woch*, 1917, n° 3. — MERKLEN F.). A propos du goitre exophtalmique des combattants. *Soc Méd. des Hôp.*, 20 juillet 1917. — PANSKY. Deux cas de maladie de Basedow à la suite d'une contusion pendant la guerre. *Gazeta Lekerska*, 1916, n° 24. — PULAY. Thyreoïdismus und Morbus Basedowii *Tijschr. v. Ongewallen Geneeskunde*, 1919, p. 247. — PULAY Thyreoïdismus und Morbus Basedowii als ein Form der traumatischen Neurose *Zeitsch. f. Klin. Med.*, 1919, p. 87. — PULAWSKI. Contribution à l'étiologie de la maladie de Basedow *Gazeta Lekerska*, 1916, n° 1. — RAILLIET. Basedowisme post-émotionnel et hypertrophie des parotides. *Soc Med des Hôp.*, 6 déc 1918. — RAMOND et FRANÇOIS. Maladie d'Addison et goitre exophtalmique. *Soc. Méd. des Hôp.*, 16 nov. 1917. — DE ROSELLE et OBERTHUR *Soc de Neurol*, 7 avril 1916. — ROTHACKER. Einige Falle von hyperthyreodisme darunter 3 von akuten Basedow bei Kriegstheilnehmern. *Munch. Med Wochens*, 1916, n° 3. — SCHRAGENHEIM. Der Morbus Basedovii und seine Beziehungen zum Kriege. *Inaug Disser Berlin*, 1917. — SCHUTZINGER. Ein Fall von traumatischen Morbus Basedow. *Munch. Med. Woch.*, 1916, n° 13, p. 473. — SERGENT (E). Troubles fonctionnels cardio-pulmonaires imputables à 4 lésions du plexus cardiaque et des nerfs du médiastin chez les blessés. *Acad. de Méd.*, 12 juin 1917. — SIMONS Trauma en Morbus Basedowii. *Tijschr. v. Ongevallent Geneeskunde*, 1919, 4, p. 247. — TILING. Klin. Beitrag zur Pathogenese der Basedowkrankung bei Kriegstheilnehmern Monatsch. i. *Psych. und Neurol*, 1918, h. 2 et 3. — WERTHEIMER. Hyperthyroïdismus nach Schussverletzung der Schildruse *Wienee Med. Wochens*, 1917, n° 16.

2°. Discussion du troisième Rapport

M. Georges Bourguignon, de Paris. — On peut se demander si des lésions du sympathique ne pourraient pas être primitives et déterminer des lésions thyroïdiennes, qui seraient, ensuite, la cause directe des symptômes de la maladie de Basedow.

J'ai fait, en effet, autrefois, des expériences sur le chien, qui plaident en faveur de cette manière de voir. Ces expériences n'ont été publiées qu'en partie, à la Société de Biologie, le 6 mai 1911. Je n'ai pas publié la partie histologique de ces expériences, les circonstances m'ayant amené à les interrompre pour diriger mes recherches du côté de l'électrophysiologie.

Mais j'avais, à cette époque, montré les préparations des corps thyroïdes à mon collègue et ami Roussy, qui a été d'accord avec moi pour y reconnaître des îlots d'hyperplasie absolument comparables à l'hyperplasie qu'il a obtenue dans les résections partielles du corps thyroïde et qu'il a appelée hyperplasie compensatrice.

Dans le but d'étudier l'action du système nerveux sur le corps thyroïde, je faisais, à l'instigation de mon regretté maître M. le professeur Dastre, des ligatures temporaires de tous les pédicules vasculo-nerveux du corps thyroïde, des deux côtés. Cette ligature était faite par l'intermédiaire d'une aiguille d'acier sur laquelle on liait le pédicule, pour l'écraser. Nous espérions ainsi détruire la gaîne nerveuse périartérielle, sans modifier la circulation. Chaque ligature restait en place cinq à dix minutes. Dès la levée de la ligature, on constatait le rétablissement complet de la circulation.

J'ai vérifié, par des explorations directes sur l'animal vivant, deux ou trois mois après l'opération, et sur les coupes, après injections colorées à la gélatine, que la perméabilité des vaisseaux était restée complète.

Les troubles observés ne pouvaient donc pas être imputés à un défaut de circulation, mais bien à la lésion des nerfs sympathiques du corps thyroïde.

Les animaux présentèrent d'abord, environ six semaines à deux mois après ces ligatures temporaires, des signes d'insuffisance thyroïdienne (obésité, poil sec et tombant) associés à une mononucléose sanguine importante.

Ceux qui ne furent pas sacrifiés moururent spontanément avec des convulsions, après avoir présenté un syndrome inverse à celui du début, consistant principalement en amaigrissement considérable.

A l'autopsie des animaux morts spontanément ou sacrifiés, j'ai trouvé constamment une atrophie considérable des corps thyroïdes.

Voilà la partie publiée de mes recherches.

Complétant cette étude physiologique, je fis l'étude histologique des corps thyroïdes. Malheureusement, cette partie de mes recherches est restée incomplète et n'a porté que sur deux animaux.

Mais je puis dire qu'à côté des lésions consistant surtout en disparition de la colloïde dans certaines vésicules, on trouvait des îlots hyperplasiés, en tous points comparables, comme forme de cellules et comme coloration, à l'hyperplasie compensatrice de Roussy. Je n'ai, certes, pas réussi à produire un basedow expérimental; mais, par une des lésions des nerfs sympathiques propres du corps thyroïde, j'ai réussi à troubler profondément le corps thyroïde et à obtenir des lésions se rapprochant du basedow, coïncidant avec une formule sanguine comparable à celle de cette affection.

Pour conclure, je me demande donc si les lésions du corps thyroïde, cause directe du basedow, ne pourraient pas être secondaires à des lésions du sympathique, troubles qui pourraient succéder à l'émotion dans la production du basedow, idée toute hypothétique à contrôler par de nouvelles recherches et de nouvelles expériences.

Le professeur Barré, de Strasbourg. — Je n'ai pas vu, durant toute la guerre, un seul cas de Basedow d'origine émotionnelle. Mais après l'armistice, j'ai eu la visite d'une jeune Alsacienne qui présentait un goitre exophtalmique net, et qui déclarait avoir constaté le développement du goitre le lendemain de l'entrée des Français à Strasbourg, aprés avoir passé la journée de la veille à crier : « Vive la France ! ».

M. Sicard, de Paris. — Je n'ai également pas vu un seul cas de Basedow produit par les émotions de guerre,

M. Sollier, de Paris. — De la statistique dressée au Centre neurologique de la 14e Région, il résulte qu'aucun des goitres exophtalmiques qui y furent observés pendant la guerre n'avait une étiologie émotionnelle.

M. Cornil, de Paris. — Sur treize cas de Basedow apparus au cours de la guerre, tous étaient sujets à caution, car à côté des émotions, il existait d'autres causes.

M. Anglade, de Bordeaux. — Sans vouloir m'autoriser de ce seul fait, pour affirmer la pathogénie émotionnelle du goitre exophtalmique, je rapporte ici l'observation d'une femme chez laquelle on vit incontestablement une maladie de Basedow apparaître quelques jours après un accident. Dans un cas pareil, en matière d'expertise médico-légale, j'estime qu'il y a lieu de ne pas refuser à l'accident un rôle étiologique.

M. Briand, de Paris. — Je suis d'autant plus de l'avis de M. Anglade, qu'au Val-de-Grâce, j'ai observé plusieurs cas de goitre exophtalmique dans la genèse desquels le rôle de l'émotion semblait avoir été prépondérant, sinon unique.

Le professeur Lépine, de Lyon. — Le rôle étiologique de l'émotion ne doit pas être nié d'une façon catégorique, car bien souvent le syndrome résulte de la collaboration de plusieurs causes. Entre autres cas observés pendant la guerre, j'ai vu un soldat antérieurement schoké, chez lequel, à l'occasion d'une angine phlegmoneuse, s'est développé un basedow avec crises d'épilepsie qui rétrocédèrent sous l'influence du traitement. Par conséquent, il faut être très réservé sur l'unilatéralité des causes.

M. Crocq, de Bruxelles. — Je pense que le rôle de l'émotion peut exister, mais avec le concours d'un élément nerveux. La maladie de Basedow se rencontre, en temps de paix, beaucoup plus rarement chez l'homme que chez la femme. Il n'est donc pas surprenant que les soldats en aient été rarement atteints.

M. Crouzon, de Paris. — Le syndrome complet de Basedow a été rare pendant la guerre. Par contre, les tachycardies associées au tremblement ont été très nombreuses et semblaient relever de l'infection et du facteur émotionnel.

M. Wolff, de Strasbourg. — La lymphocytose constatée dans la maladie de Basedow n'est pas primitive, mais doit être considérée comme une réaction secondaire.

Le professeur Dupré. — Si le tableau complet du basedowisme a éte rare parmi les soldats, du moins les syndromes frustes en ont-ils été nombreux chez les psychopathes du Val-de-Gràce.

M. Roubinovitch. — Comme M. Briand et comme le professeur Dupré, j'ai été frappé par le nombre de basedow frustes constatés chez les combattants.

M. Roussy. — Les auteurs paraissent d'accord pour reconnaître qu'après les émotions de guerre, on a peu vu de Basedow complets, mais seulement des formes frustes. Sans nier le rôle du sympathique qui demande à être précisé, on peut conclure que le goitre exophtalmique n'est pas une névrose, mais une affetion organique. Toutefois, au point de vue médico-légal, si comme dans le cas de M. Anglade un goitre se développe après une émotion, on devra dans le doute conclure à l'influence de cette émotion.

3°. Communications relatives au troisième Rapport

A PROPOS DE ONZE CAS DE MALADIE DE BASEDOW CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT ET L'ÉTIOLOGIE

par N. Vieux, de Divonne.

Le rôle joué par l'émotion dans ces cas, déjà reconnaissable par l'histoire des malades, s'est révélé encore par l'efficacité du traitement dont toute médication interne, opothérapique ou autre, fut bannie, et qui se limita à la psychothérapie et à l'hydrothérapie.

Le traitement psychique fut celui des hyperémotifs, des anxieux : changement de milieu, hygiène physique et mentale, suppression du surmenage, distractions et repos, confessions et consolations, réadaptation progressive à la vie professionnelle, De la sorte nous avons toujours vu s'atténuer l'hyperémotivité, avant l'amélioration des signes physiques.

Le traitement hydrothérapique amena celle-ci et consolida le rétablissement de l'équilibre psychique. Son action doit viser l'état vasculaire. Dans nos onze cas, il s'agissait de sujets hypotendus, abstraction faite de l'hypertension fugitive d'origine émotionnelle, qui se manifeste par l'aiguille de Pâchon pendant les premières minutes de l'examen. Les premiers jours, douche fraîche peu percutante et un peu prolongée, puis application de drap mouillé froid, application qui, par son effet hypertenseur et ralentisseur du cœur, est le traitement spécifique de la maladie de Basedow.

MALADIE DE BASEDOW ET SYPHILIS

par M. Roussy, de Paris, et Cornil.

L'étude des rapports de la syphilis et de la maladie de Basedow a été reprise récemment en France.

Schulmann, dans sa thèse (1918), fait un exposé complet de la question et apporte des faits tout à fait conformes aux idées que nous soutenons ici.

Le goitre exophtalmique syphilitique survient habituellement sans prédispositions spéciales ; le traumatisme, les émotions ne sont pas signalées dans les antécédents. Parfois on a noté la basedowification d'un goitre sous l'influence de l'infection spécifique.

Au cours de la syphilis acquise, le syndrome basedowien peut survenir à un moment quelconque de l'évolution morbide, tantôt en pleine période secondaire, tantôt au cours de la période tertiaire, parfois plus tard encore ; vingt-trois ans après le chancre, dans un cas.

Contrairement à Lévy-Frankel, Schulmann n'établit aucun rapport entre le point d'inoculation de la syphilis et l'apparition du goitre exophtalmique.

Le début est rarement brusque ; ordinairement le syndrome survient progressivement et, une fois installé, rien ne distingue cliniquement le goitre exophtalmique syphilitique de la maladie de Basedow classique.

J'ajouterai qu'il y aurait peut-être lieu, à l'avenir, de procéder systématiquement à la recherche de la syphilis chez tous les basedowiens : réaction de Bordet-Wassermann, du sang et du liquide céphalo-rachidien.

Le goitre exophtalmique peut également s'observer au cours de la syphilis héréditaire. Les associations morbides que le goitre exophtalmique contracte avec diverses affections plaident également en faveur de la fréquence de son origine syphilitique ; c'est ainsi que le tabes, la paralysie générale, l'épilepsie, la chorée, le vitiligo sont assez souvent associés au syndrome de Basedow.

C'est vraisemblablement dans ce groupe que doivent être rangés, à notre avis, les cas de maladie de Basedow familiale et héréditaire dont Dejerine, Baylac, Schulmann ont rapporté des exemples. Souques et Lermoyez, à propos de 4 cas personnels publiés l'an dernier (1919), signalent brièvement 17 observations relevées dans la littérature.

M. Souques admet comme étiologie une prédisposition héréditaire, une fragilité thyroïdienne rendant le corps thyroïde plus accessible, plus sensible aux diverses infections et intoxications. Schulmann attribue son cas de goitre exophtalmique familial à la syphilis héréditaire.

BIBLIOGRAPHIE. — Abrahams. Exophtalmic goiter of syphilitic origin. Philaphia. *Méd. Journ.*, 1901. — Baylac. De l'hérédité similaire dans le goitre exophtalmique. *Arch. Méd. de Toulouse*, 1896. — Clak. Exophtalmic goiter as clinical manif. of hered. syphilis. *Journ. Amer Med. Ass.*, 1914, p. 1167. — Dejerine. L'hérédité dans les maladies du système nerveux. Thèse d'agrégation, 1886. — Gaucher et Lévy-Frankel.

Du rôle de la syphilis dans l'étiologie de certains goitres exophtalmiques. Livre d'or du professeur Barduzzi, 1911. — HISCHMANN. Syndrome de Basedow au cours de la syphilis. *Ann. des Mal. vénériennes*, 1913. — LÉVY-FRANKEL. Des syndromes basedowiens apparaissant au cours de la syphilis. *Ann. des Mal. vénériennes*, 1911. — MARIE (P.) Les formes frustes de la maladie de Basedow. Thèse de Paris, 1882 — SCHULMANN. Le goitre exophtalmique syphilitique. Thèse de Paris, 1917-1918. — SOUQUES et LERMOYEZ. Goitre exophtalmique héréditaire et familial. *Revue Neurol*, 1919, n° 1. — ZELENER. Maladie de Basedow dans une famille syphilitique. *Journal Russe des Mal. Vénériennes*, 1916. — ZIEGELROTH. Goitre exophtalmique conjugal. *Arch. von Phys. diet. Therap.*, août 1889. — ZIEGAL. A case of Grave's disease with scleroderma and a positive Wassermann reaction. *Med. Record*, 1913.

III

COMMUNICATIONS

A. — Psychiatrie

APRAXIE ET CATATONIE

par le Professeur Pfersdorff

P... a observé chez les déments précoces chroniques des symptômes d'apraxie qui se manifestent de la façon suivante :

Le malade est incapable de reproduire avec une main la position que l'on imprime passivement à l'autre main.

Le procédé est identique à celui qu'on emploie pour constater les troubles de la sensibilité profonde. Cette dernière est absolument intacte chez nos malades ; ils reconnaissent en outre promptement tous les objets qu'on leur met en main. Donc, il n'y a pas d'astéréognosie.

Questionné, le malade répond qu'il se rend bien compte de la position passive de la main, mais qu'il ne *peut* pas la reproduire avec l'autre. Des fois ces troubles sont à constater dès le début de l'examen, des fois ils ne se manifestent qu'après plusieurs reproductions correctement exécutées. Il s'agit donc d'un trouble exclusivement moteur, d'une forme d'apraxie.

Un fait intéressant à relever : les malades sont parfaitement capables d'exécuter le même mouvement sur un ordre verbal, mais ils sont incapables de le reproduire lorsqu'ils n'ont comme donnée que la position passive de l'autre main.

Il va sans dire que le contrôle des yeux est exclu durant l'examen.

Cette forme d'apraxie n'est ni idéatoire, ni idéomotrice ; elle se rapproche le plus de l'apraxie mélo-kinétique, sans toutefois lui être identique, car les mouvements peuvent être exécutés sur un ordre verbal. Il ne s'agit pas, ce qui est essentiel, de l'interprétation d'une formule motrice connue et compliquée, avec un but défini, mais de la reproduction d'un nombre restreint de mouvements dont la formule est nouvelle, de nature exclusivement motrice ; les représentations non motrices n'entrent pas en jeu, les mouvements demandés n'ont aucun sens ; leur formule

n'est donnée que par l'ordre chronologique des mouvements partiels précédant l'attitude fixée de la main et encore ces mouvements sont passifs. On admet généralement que la représentation du mouvement et de l'attitude relève surtout de la sensibilité profonde ; cette dernière est intacte chez les malades en question.

Il faut donc admettre l'existence d'une dissociation entre la représentation du mouvement et de l'attitude passive d'une main et les représentations symétriques de l'autre main. Cette conception nous permet de considérer l'apraxie des catatoniques comme une des nombreuses manifestations de la dissociation qui est le symptôme fondamental de la démence précoce.

Le symptôme que nous venons de décrire se rapproche des troubles de la lecture que nous avons pu observer chez des catatoniques (1), troubles qui se manifestent par des paralexies fréquentes, mais qui ne dénaturent que les syllabes, jamais les mots entiers ; ces paralexies sont, elles aussi, d'origine exclusivement motrice.

LES TERRITOIRES INTELLECTUELS DU CERVEAU

par le docteur Anglade, de Bordeaux

La méthode anatomo-clinique rigoureusement appliquée conduit à cette constatation précise qu'il y a, dans le cerveau de l'homme, deux zones spécialisées pour les actes intellectuels.

A la première correspond la possibilité d'acquérir les notions nécessaires à l'idéation, au raisonnement, à la décision ; à la seconde, la faculté de classer et de retenir ces acquisitions, de les évoquer, de les associer, de les exprimer par la parole, l'écriture, la musique. La perte définitive de ces aptitudes constitue la démence.

Il y a une démence simple, progressive, globale, calme. Elle repose sur des atrophies du lobe préfrontal qui peuvent aller, comme dans un cas typique, jusqu'à la pédiculisation de ce lobe. Il y a une démence paraphasique, bruyante, logorrhéique qui signifie toujours que le tiers postérieur de la première circonvolution temporale gauche est atteint soit d'une lésion destructive ou compressive, soit d'une gliose nidulaire. La seconde forme de démence se complique souvent de la première. L'inverse est bien rare. (La communication *in extenso* a paru dans la *Gazette des Sciences médicales* de Bordeaux, 1921).

M. Hesnard, de Bordeaux. — Il est difficile de localiser l'intelligence qui est faite d'une synergie de fonctions cérébrales. Mais la zone préfrontale a un rôle certain dans l'initiative.

Le professeur Blondel, de Strasbourg. — Les déments paraphasiques de M. Anglade ressemblent, par plus d'un point, aux aphasiques de M. Pierre Marie, qui parlent trop, mais mal, et qui ne comprennent pas par déficit intellectuel portant essentiellement sur les acquisitions didactiques.

---

(1) Zur Kenntniss der Trugwahrnehmungen und der Lesestörungen (*Zeitschrift für die gesamte Psychiatrie*, 1913).

LE PROCESSUS DE LA DISSOCIATION MENTALE DANS LES ÉTATS DÉLIRANTS CHRONIQUES

par le docteur HESNARD, de Bordeaux

Cette communication est le résultat de patientes recherches sur l'évolution et la symptomatologie psychique d'un grand nombre de délirants chroniques, étudiés en grande partie à l'Asile de Château-Picon, à Bordeaux, avec l'aimable autorisation de M. Anglade.

La *dissociation mentale*, terme employé dans des sens très divers, mais en particulier dans un sens très médical de « chronicité vésanique », par Anglade, est un processus morbide qui se manifeste dans le cours de la plupart des vésanies d'une certaine durée. Il est particulièrement intéressant dans les états *délirants* chroniques *sans démence primitive*, systématiques ou non.

Au point de vue de cette dissociation, on est conduit par l'observation clinique à rapprocher deux groupes de psychoses délirantes :

1° *Les délires chroniques systématiques* (Psychose essentielle systématiée de Régis). — Ces délires présentent, lorsqu'ils durent très longtemps et à condition qu'on les observe dans leur stade évolutif le plus reculé, consécutivement à la phase classique de *systématisation*, une phase mal étudiée (pourtant pleine d'intérêt !) qu'on peut appeler de *réduction*. « Il n'est pas contestable, dit Arnaud (1), qu'à la longue le délire présente une certaine « dissociation », qu'il influence moins la sensibilité des malades et leur conduite, qu'il tend, dans une certaine mesure, à se détacher de la personnalité. »

La phase de réduction est souvent manifeste et relativement précoce chez les hallucinés ; cachée et tardive chez les imaginatifs et les interprétateurs. Elle survient tantôt en quelques années, tantôt à la fin de l'existence, tantôt jamais, les malades accomplissant leur cycle évolutif de façon très variable. Elle est caractérisée par ce fait que la « productivité morbide » s'arrête, se circonscrit en un résidu plus ou moins stéréotypé et verbal, et cesse de retentir manifestement, logiquement, sur la conduite du sujet.

Le psychisme n'étant pas primitivement altéré, cet « enkystement » du délire souligne un certain degré de *discordance* (CHASLIN) entre les manifestations de la pensée saine et de la pensée morbide : la première peut alors s'exprimer à certains moments (pendant plusieurs heures parfois) par des réactions correctes ; alors que la seconde s'insinue tout à coup et de façon extrêmement variable dans les actes et réponses du sujet, en contradiction grossière avec l'autre.

Cette « petite discordance » est la traduction clinique de la dissociation mentale, qui consiste dans l'affaiblissement du lien logique entre la productivité délirante et le psychisme, au sein duquel celle-ci apparaît comme une déformation morbide. Il s'agit ici de dissociation inconstante, tardive, secondaire ou partielle.

2° Certains états dits « démences vésaniques », *démences paranoïdes*, « schyzophrénies délirantes » (tous états paranoïdes qu'il y aurait lieu d'enlever à la synthèse

(1) ARNAUD. — Art. Délires chroniques dans *Traité* de G. Ballet, p. 512.

informe de Kræpelin), qui paraissent être des *délires chroniques diffus* ou *asystématiques,* forme maligne du délire chronique (psychose essentielle, généralisée, progressive, pourrait-on dire encore).

L'analyse de la dissociation mentale et l'étude de l'évolution démontrent la parenté avec les délires systématiques. On rencontre, d'ailleurs, des cas de délire systématique pur évoluant, après quelques années, vers la psychose la plus paranoïde (confirmation des observations de LAIGNEL LAVASTINE (1), CHASLIN (2), etc.). De plus, il est absolument faux de croire, comme l'enseigne la tradition psychiatrique, que la non-systématisation révèle toujours la pauvreté psychique congénitale ou l'affaiblissement primitif; elle traduit seulement l'atteinte diffuse, souvent maligne, du psychisme par la maladie.

Mais l'attaque du psychisme par la productivité délirante de néoformation est ici massive, anarchique, polymorphe. L'évolution est par suite rapide. La phase de *réduction* (en masse) aboutit vite à une dissociation tellement hâtive (quelques mois parfois) qu'elle peut sembler primitive d'emblée. D'où importance et apparition précoce des néologismes, stéréotypies, actes baroques, etc. D'où surtout, même en l'absence de ces symptômes que nous ne croyons nullement constants (même dans certains délires asystématiques), « grande discordance » des réactions par rapport aux idées exprimées. La pensée saine, en effet, et la pensée morbide s'interpénètrent en perdant très vite tout lien logique. Le sujet, dès lors, exprime une absurdité ou plutôt une contradiction *dans le moment même* où il agit correctement (par exemple, l'aliéné tend la main avec un bon sourire, reconnaissant des soins qu'on lui donne et sincèrement animé de bonnes intentions, tout en vous accablant d'un flot d'accusations injurieuses et grossières. Ou bien, une jeune aliénée, pudique et restée parfaitement fidèle aux règles de son couvent, s'effarouchera sincèrement d'un mot un peu risqué en exprimant ses persécutions dans un langage obscène, etc.).

Discussion

M. CHARPENTIER. — Dans sa conception de la « pensée saine » et de la « pensée morbide » coexistantes, M. Hesnard ne nous ramènerait-il pas au temps des monomanies ? Cette discussion est un bel exemple de la difficulté de s'entendre quand on ne parle pas la même langue. Ne serait-il pas utile de demander à un rapporteur d'étudier et d'exposer la question des synonymies psychiatriques ?

M. HESNARD. — L'opposition que je marque schématiquement entre les deux pensées est soulignée pour faire comprendre cette théorie de la néoformation psychique morbide au sein d'un psychisme non primitivement atteint par la démence. Il ne saurait nullement s'agir de séparer l'esprit en plusieurs départements, comme du temps d'Esquirol. C'est, au contraire, l'analyse psycho-clinique très minutieuse

(1) LAIGNEL LAVASTINE, VINCHON et BOUTET ont récemment rapporté un cas de délire systématique ayant versé, après huit ans, dans la démence paranoïde, chez un malade ayant servi au regretté G. Ballet, pour ses cliniques sur la psychose hallucinatoire chronique.

(2) « Si l'on compare (la démence paranoïde), écrit Chaslin (Éléments de séméiologie, etc., p. 788), à des vraies paranoïdes à la période de démence, on s'aperçoit que la ressemblance est grande. Mais d'emblée ou presque le délire paranoïde dépasse même cette incohérence démentielle de ceux qui ont commencé par le délire systématisé. On peut se demander pourtant si, entre la folie la plus paranoïde et la folie la plus systématisée, il n'y aurait pas tous les intermédiaires possibles ? »

des aliénés observés dans la réalité journalière de l'asile, qui a conduit les observateurs, comme Chaslin, à cette conception de la discordance, dont l'opinion que je rapporte ici n'est qu'une application aux délirants.

M. Dupré. — Je regrette la brièveté de cette intéressante communication sur un sujet d'actualité aussi capital de la nosologie psychiatrique.

Pour préciser, M. Hesnard pourrait-il nous dire quelle différence il y a pour lui entre la dissociation et la démence ?

M. Hesnard. — M. le professeur Dupré souligne l'intérêt pratique de ma communication. La différence en question est considérable.

La démence repose sur une notion de déficit, d'affaiblissement, de perte. De plus, elle indique un processus dépendant étroitement d'une destruction anatomique. Elle implique donc entre le symptôme physique constaté et la lésion ou le trouble matériel, un parallélisme de même nature que celui qui relie, dans une maladie organique de l'encéphale, le signe psychique déficitaire et la lésion corticale. C'est-à-dire que, placé dans des conditions identiques, le sujet manifestera constamment le même trouble mental, qu'on pourra déceler chaque fois qu'on le voudra.

Rien de semblable n'existe donc dans la dissociation. Placé dans des conditions matérielles et morales identiques, le sujet, tantôt, manifestera une lucidité parfaite, une activité psychique entière, voire même une supériorité mentale indiscutable — y compris l'intégrité affectée — tantôt, au contraire, si sa maladie « joue », il manifestera la fausse apparence de la déchéance syllogistique, de la nuit intellectuelle, de l'inémotivité absolue. De plus, la démence est logique dans son absurdité, celle-ci résultant d'une absence de réflexion, de comparaison, d'auto-conduction (Toulouse): la dissociation, compatible avec une intégrité stupéfiante de la vie intellectuelle, est au contraire illogique à l'extrême, cet illogisme résultant de la coexistence d'une réaction et d'une idée contradictoires.

Les psychoses sont trop souvent, en général, considérées comme des déficits, des suspensions, des carences..., de quoi ? D'une « fonction » ! Et la « fonction » est une notion *psychologique* sur laquelle on ne peut baser la nosologie, science des cliniciens.

Il y a d'autres maladies que les maladies par déficit. Il y en a par néoproduction, néoformation comme les néoplasies. Les psychoses par délire sans démence primitive ne peuvent-elles pas être considérées comme des maladies néoproductives ? Cette conception est plus conforme à la clinique. Beaucoup des symptômes qui les constituent, comme la discordance, ne peuvent s'expliquer par la suspension capricieuse de je ne sais quelle fonction, et s'expliquent bien par l'irruption de la pensée délirante néoformée dans le psychisme non primitivement affaibli par la démence. Ce dernier terme a été créé pour désigner les destructions organiques de l'encéphale et ne doit pas être étendu illégitimement à ces maladies entièrement différentes que sont les vésanies.

DÉLIRE MEDIUMNOÏDE

Délire mystico-scientifique, avec automatisme psycho-moteur graphique

par le Professeur d'Hollander (Louvain)

Le sujet, 40 ans, appartient au meilleur monde. Des tares familiales me sont inconnues. Intelligence médiocre. Instruction moyenne fort lacunaire. Le milieu est singulièrement crédule en matière de sciences dites physiques. Grande et belle per-

sonne; mise soignée, correcte, riche; manières distinguées propres à son rang social; état physique normal; aucun signe moteur catatonique; pas de déficit grossier de l'intelligence; pas de dédoublement de la personnalité; ni crises, ni syncopes, ni aucune autre manifestation hystérique. Conscience parfaite du caractère anormal des phénomènes « extraordinaires » pour lesquels on me la présente; mais elle les explique à sa façon. Affirme que jamais elle n'a assisté à des séances spirites, ni fréquenté des cercles spirites, malgré les fréquentes invitations de ses amis. Quand elle trouve un auditeur patient, elle le tient durant des heures, sans tarir, l'œil brillant, le teint enflammé, sans se fatiguer, par l'exposé de son odyssée surprenante, qui débuta il y a trois ans. Elle ne fit jamais d'études scientifiques ni philosophiques.

Voilà trois ans, elle commença à lire des livres traitant de l'hypnotisme et du spiritisme; des ouvrages d'adeptes et aussi critiques, puis des traités classiques de psychologie et de philosophie. Un soir, à une réunion d'amis, ceux-ci lui firent faire des essais au « crayon automatique », jeu de société qui consiste à écrire sans réflexion les idées qui surgissent à ce moment; elle produisit, raconte t-elle, « des choses vraiment étonnantes » qui émerveillèrent l'entourage. « Je sentis littéralement mon crayon tourner entre mes doigts ». A cette même soirée, elle entendit subitement dans le brouhaha de l'assemblée, des voix, des voix nettes et précises, comme la voix naturelle « pas dans mon esprit, mais en dehors de moi ». Parmi ces voix, les unes étaient agréables, consolantes, réconfortantes; d'autres pénibles, menaçantes, ordurières, obscènes. Rentrée chez elle, les voix continuèrent de plus belle; elle produisit encore des écrits « extraordinaires ». Les voix continuèrent durant une longue période, de même ses productions graphiques. Une lutte s'établit entre sa conscience de chrétienne et sa raison; s'agissait-il d'influences diaboliques, ou d'inspirations divines? Elle consulta des prêtres éminents; cela ne la rassura pas. Bientôt les voix lui « inspirèrent » qu'elle était chargée d'une mission, « la mission des âmes », dont elle ne comprend pas la signification, et aussi de travailler par des « voies » à « la réunion des Eglises ». Elle s'engouffre de plus en plus dans des ouvrages philosophiques, spécialement ceux de la collection G. Lebon, entre autres l'*Evolution de la Matière*. Tous ces ouvrages elle les annota, presque à chaque page, de critiques, réflexions, aussi insensées les unes que les autres, ayant trait toutes à la physique, la biologie, la philosophie. Elle continua aussi à écrire ses productions automatiques. De celles-ci, elle en a des dossiers volumineux, avec dessins soi-disant explicatifs à l'appui. Un jour, les voix la mirent dans un état de doute terrifiant avec interprétations délirantes et idées de persécution qui nécessitèrent son entrée dans une maison de santé. Elle y resta 15 jours; les voix cessèrent bientôt tout à fait. Actuellement, elle continue ses productions scientifiques et philosophiques en lisant, et en écrivant — automatiquement — sans qu'elle ait la compréhension de ses écrits, ni qu'elle soit en état de transe ou de dédoublement de la personnalité; elle se dit chargée d'une mission « surnaturelle »; son cas, d'après elle, est un phénomène: ses productions ne peuvent se perdre; il faut qu'elle continue son rôle. Ce ne sont point là des phénomènes mordides, selon elle, ni diaboliques, ni médiumniques, mais d'inspiration divine. Son récit est émaillé à l'occasion d'un éclat de rire bizarre, discordant: « son rire bête », dit l'entourage. Elle se complait dans l'exposé de son cas, ne ménage pas les brocards à ceux qui ne la comprennent pas, ou ne veulent pas la comprendre; et poursuit de ses lettres et écrits ceux qui lui prêtent attention. Elle continue à alimenter un volumineux dossier, qu'elle m'a remis, de ses écrits et dessins, souvent coloriés, soulignés et surchargés, incohérents, sans aucune valeur scientifique, réellement abracadabrants.

C'est une salade invraisemblable, où se mêle la physique, la chimie, la géologie, la pathologie, notamment la bactériologie ; la note générale en est philosophique ; son style, en certains passages, affecte une allure biblique et évangélique. C'est un fourmillememt de réminiscences de ses lectures, parfois des copies textuelles. Elle paraît avoir un vocabulaire riche et choisi, comme le dit Cotard, à propos du Psittacisme (1909). En réalité, elle écrit automatiquement des notions ou des phrases qu'elle a lues ; et comme elle n'en comprend pas la signification, elle les mêle en une incohérence invraisemblable.

Ses productions, qu'elle appelle elle-même automatiques, constituent une graphorée incohérente, comparable à la verbigération des déments précoces.

Tous ces écrits lui sont inspirés par Dieu lui-même, qui dans l'automatisme graphique écrit par sa main et l'appelle « sa fille chérie, sa préférée » ; ceux qui s'intéressent à elle sont englobés dans son délire et choisis dans ces domaines divers pour coopérer à son œuvre d'inspiration divine, de réformation générale.

L'érotisme n'est pas absent au tableau ; une partie de son dossier est consacré à un « roman d'amour » créé de toutes pièces. En dehors de ses écrits automatiques, les lettres « personnelles », comme elle les appelle, qui accompagnent régulièrement l'envoi de ceux-ci, ne laissent guère, et en général pas, à désirer. La même remarque s'applique à sa conversation, abstraction faite évidemment de la note délirante qui ne la quitte jamais. Ses dessins sont aussi curieux et incohérents que ses écrits. C'est un fouillis de lignes sinueuses, contournées, enchevêtrées, sans fin, dirait-on, qui ne représentent que bien rarement des images grossières, enfantines ou fantaisistes, toutes sans aucune valeur artistique et intellectuelle.

Le cas de mon sujet peut prendre place à côté des médiumnomanies décrites par Gilbert, Ballet, Sollier, Viollet. Le sujet réalise le type exagéré du médium écrivain et dessinateur ; son délire est en rapport avec les faits spirites et se ressent des doctrines du spiritisme ; il est de couleur spirite, certes, mais non d'origine ni de nature spirite. A proprement dit, il ne s'agit pas d'un délire de médiumnité. Le vocable *délire médiumnoïde* lui convient mieux.

M. Eissen, de Stephansfeld. — Nous avons à Stephansfeld un malade analogue qui veut fonder la ligue de l'Univers, supérieure à celle des Nations, en supprimant toutes les langues et tous les synonymes. C'est un débile mental avec excitation intellectuelle et interprétations délirantes.

IDÉES D'INFLUENCE AU COURS DE L'EXCITATION MANIAQUE

par les docteurs Logre et Heuyer, de Paris

Ces idées qui peuvent en imposer pour une psychose systématisée chronique avec ou sans démence, ont pour traits distinctifs d'être encadrées par les signes de la manie ; d'être elles-mêmes expansives, superficielles, variables, inconsistantes, comme sont en général les idées délirantes maniaques ; de reposer enfin sur l'*interprétation de l'excitation psychomotrice* attribuée à une influence étrangère : « On me fait courir, danser, chanter, dire des calembours, etc. ». Tel le poète expliquant son exaltation psychique par une inspiration divine.

Nées de la manie, ces idées d'influence semblent de pronostic favorable et destinées à disparaître avec l'état maniaque.

TÉTANOS PSYCHIQUE

par M. Chavigny, de Strasbourg

Il faut bien se garder d'attribuer inconsidérément à l'action thérapeutique du sérum antitétanique tous les cas dans lesquels des symptômes tétaniformes ont guéri, même chez des blessés de guerre par exemple.

Mis en méfiance par quelques cas de guérison vraiment presque merveilleux qui m'avaient été montrés, j'ai étudié à ce point de vue trois cas que j'ai rencontrés.

Le premier, est celui d'un soldat qui, six mois après une blessure par balle de fusil et un traitement intensif par le sérum, à propos d'accident jugé tétanique, avait conservé une exagération extraordinaire de la réflectivité; toute percussion d'un tendon engendrait une véritable danse rythmique de tout le corps et la marche était une série de sauts en hauteur. Une analyse mentale du sujet montrait que ce soldat, ancien brancardier, avait eu, depuis le début de la campagne, une terreur de contracter le tétanos et il en présenta des symptômes quand, après avoir été blessé légèrement au bras, il vit mourir de tétanos, dans la même salle, un de ses camarades blessé à la même affaire que lui. Une rééducation mentale amena la guérison rapide et totale des troubles que cet homme présentait quand il était arrivé dans mon service.

Le second sujet observé, vu tout récemment, était un jeune soldat de la classe 1920. Il accusait une parésie des deux membres inférieurs qu'il faisait remonter à une atteinte de tétanos qu'il avait subie vers l'âge de 17 ans. Il avait été alors traité à l'hôpital Pasteur, à Paris. Cette première atteinte de tétanos fut acceptée comme authentique, bien qu'on eut observé quelques symptômes anormaux; Mais quand, un an jour pour jour après le premier accident, et sans avoir été nullement blessé ou écorché, le même malade se présenta à nouveau à l'hôpital Pasteur, pour un tétanos-anniversaire, le cas fut jugé à sa juste valeur par M. Louis Martin, qui a eu l'obligeance de me communiquer cette observation.

Un troisième cas est dû à M. le médecin major Bercher, qui a observé le malade dans un centre de prothèse maxillo-faciale. Après une blessure très légère de la face, le malade avait présenté un trismus qui en avait tout d'abord imposé pour du tétanos. Puis ce trismus persistant indéfiniment sans raison valable, sa nature psychique fut reconnue. On anesthésia le sujet, et la bouche put s'ouvrir sans difficulté. Un bouchon fut placé entre les dents, et quand le sujet réveillé se vit ainsi la bouche ouverte, la guérison était obtenue. Elle fut durable.

M. Courbon. — La communication faite à la séance précédente par M. Monier Vinard, sur la latence des contractures qui survit à la guérison du tétanos pendant plusieurs semaines, explique le mécanisme d'installation de certains de ces états spasmodiques. Mais leur persistance a une cause tout à fait indépendante du virus tétanique : soit psychisme suggestible, soit tempérament persévérateur. Par conséquent, l'emploi contre eux du sérum antitétanique doit être rigoureusement condamné, car le seul effet dont il soit capable est d'entretenir l'aptitude du spasme. Ces états spasmodiques de nature hystérique ou psychique n'ont pas été très rares chez les blessés ou commotionnés de la guerre. J'en ai vu guérir plusieurs dans le service de M. Laignel-Lavastine, au centre de Psychondrose du Gouvernement militaire de Paris. Une seule fois on pouvait admettre l'hypothèse d'un vrai tétanos antérieur guéri depuis longtemps.

LES FORMES MENTALES DE L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

par MM. Marcel Briand et A. Rouquier, de Paris

L'encéphalite épidémique prend, depuis quelques mois, une importance nosologique croissante. Les affections en apparence les plus diverses entrent, aujourd'hui, dans son cadre. Des faits cliniques depuis longtemps connus s'éclairent d'un jour nouveau ; de très larges horizons s'ouvrent à ceux qui cherchent. La pathogénie, restée jusqu'ici obscure, de bien des troubles nerveux ou mentaux, nous sera peut-être, avant peu, décelée. Selon qu'il se localise sur telle ou telle partie de l'écorce ou des noyaux de la base, selon peut-être que sa virulence se trouve plus ou moins accusée, ou que le terrain attaqué se défend plus ou moins bien, le virus identifié par Harvier et Levatidi donne les formes cliniques en apparence les plus diverses. Les lésions cellulaires qu'il détermine, plus ou moins accentuées, laissent, la période aiguë de la maladie terminée, des séquelles plus ou moins sérieuses ou durables. La symptomatologie motrice, sensitive ou sensorielle de ces déterminations, offre sans aucun doute un très grand intérêt, mais les formes et les séquelles à prédominance psychique en offrent un plus grand encore. Nous ne nous occuperons que de celles qui dominent la scène. Nous laisserons systématiquement de côté les symptômes psychiques, torpeur, confusion, délire passager, obtusion intellectuelle, apathie et dysmnésie, qui accompagnent, en épiphénomène, la plupart des formes graves de l'encéphalite, comme d'ailleurs un très grand nombre de maladies infectieuses, sans localisation cérébrale.

Le virus encéphalitique peut donner :

1° Une symptomatologie psychique primitive (forme délirante et hallucinatoire ou confusionnelle de la maladie) ;

2° Une symptomatologie psychique secondaire (séquelles mentales, graves, post-encéphalitiques) ;

3° Une symptomatologie motrice polymorphe et variable, secondaire à l'atteinte infectieuse des centres nerveux et, en apparence, d'origine mentale.

Il semble opportun d'attirer rapidement l'attention sur ces trois formes cliniques :

1° La forme délirante et hallucinatoire, avec ou sans état confusionnel, commence à être connue. Il est même possible que, parmi les types cliniques catalogués « délire aigu » par les anciens auteurs, certains doivent lui être rattachés, quand ils ne sont pas d'origine purement toxique. Cette forme a été pour la première fois décrite par nous, en janvier dernier (1). Quelques auteurs en ont ultérieurement rapporté des exemples frappants (Froment et Comte (2) ; Abadie et Hesnard (3) ; Guy-Laroche et Fillassier (4) ; Claude (5)).

La symptomatologie en est à peu près fixée : les signes de localisation bulbo-protubérantielle passent, quand ils existent, au second plan. Les malades sont confus

---

(1) Société Médico-Psychologique (janvier 1920) et *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, p. 198 (séance du 13 février 1920).

(2) Froment et Comte, Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 20 avril 1920.

(3) Abadie et Hesnard, Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 29 mai 1920.

(4) Guy Laroche et Fillassier, *Paris Médical*, 19 juin 1920.

(5) H. Claude, Société de Psychiatrie, juillet 1920.

avec ou sans intervalles lucides. Ils sont généralement anxieux, agités, et la violence de leurs impulsions peut constituer un véritable danger pour l'entourage. Les manifestations délirantes sont presque la règle; elles s'accompagnent souvent d'onirisme ambulatoire, d'hallucinations mobiles fugaces, parfois zoopsiques, analogues à celles qu'on rencontre dans les délires toxiques. Le délire s'éclipse parfois momentanément, et il est alors possible de fixer suffisamment l'attention du sujet pour qu'il en fournisse, par bribes, le récit. A l'onirisme se substitue non pas un sommeil vrai, mais une sorte d'obtusion et de torpeur.

Des crampes douloureuses, des algies erratiques souvent articulaires, des mouvements choréiformes, athétosiques ou myocloniques, un prurit suffisamment accentué pour obliger le malade à s'écorcher la peau ou à s'arracher les poils en se grattant, des paralysies transitoires et dissociées (ptosis, diplopie, inégalité pupillaire, paralysie de l'accommodation), l'aspect figé de la face, la dysarthrie, le trismus des mâchoires, la raucité de la voix avec monotonie du timbre, l'abolition, l'exagération ou la dissociation des réflexes, les vomissements de type méningé, la constipation ou la rétention d'urine; tous ces signes inconstants et fugaces affirment l'encéphalite léthargique.

Les malades ont généralement de la fièvre, mais leur température n'est jamais très élevée. Leur liquide céphalo-rachidien n'est pas constamment hypertendu; la lymphocytose, l'hyperalbuminose sont discrètes; l'hyperglycorachie est la règle.

La plupart d'entre eux succombent après quelques jours d'excitation. Parfois, les symptômes confusionnels, délirants ou hallucinatoires s'atténuent, et, à cette forme corticale grave, succède la symptomatologie moins sévère de l'encéphalite léthargique simple.

2° Il semble bien que le virus, très actif, agisse d'emblée, chez ces malades, sur les centres psychiques dont la topographie est encore si mal connue. L'intoxication est massive et la terminaison souvent mortelle. Les séquelles psychopathiques de la maladie sont d'une interprétation beaucoup plus délicate. Encore insuffisamment étudiées, elles offrent cependant un très grand intérêt; il n'est pas impossible que le virus encéphalitique soit un jour décelé à l'origine d'un certain nombre d'affections mentales à évolution lente. Les psychopathies post-encéphalitiques surviennent chez des sujets qui ont été primitivement atteints d'une forme aiguë dans laquelle les troubles mentaux ont pu manquer. Elles sont aussi la transformation d'une forme qui s'est d'emblée accompagnée de manifestations psychiques (type confusionnel avec stupeur ou dépression, plus que type délirant avec onirisme et hallucinations).

La première observation bien étudiée en a été présentée par M. Brenner à la Société de Psychiatrie (1). Il s'agit d'un enfant de neuf ans, qui après avoir été soigné dans le service du professeur Pierre Marie, pour encéphalite léthargique et envoyé dans le service de l'un de nous en raison de son agitation, offrit, en pleine convalescence, un syndrome d'hypomanie avec insomnie, cauchemars, hallucinations visuelles, onirisme nocturne, violence vis-à-vis de l'entourage. L'état de ce jeune sujet a été suffisamment grave pour que l'internement soit devenu nécessaire.

Nous avons, à la Société Médicale des Hôpitaux (2), relaté l'observation d'un jeune homme atteint d'encéphalite grave, à forme myoclonique et choréo-athétosique avec diabète insipide. Au bout de trois mois, ce malade a dû être interné. Il a

---

(1) Société de Psychiatrie, 17 juin 1920. — Ce malade a été présenté par M. Borel et l'un de nous à la Société Clinique de Médecine mentale (séance de juin 1920.)

(2) Marcel Briand et A. Rouquier, Société Médicale des Hôpitaux, 4 juin 1920, p. 769.

fini par offrir un tableau clinique complexe, au point de vue mental : état confusionnel, agitation anxieuse, obsessions mélancoliques à forme hypochondriaque, tendance au négativisme, actes de violence, impulsions irraisonnées. La maladie évolue, à l'heure actuelle, depuis cinq mois. L'état du sujet reste aussi grave, sans tendre vers une amélioration quelconque.

Le professeur Widal, MM. May et Chevalley (1), M. Logre (2), ont récemment rapporté l'observation de deux malades chez lesquels le tableau psychique de l'encéphalite léthargique a simulé celui de l'hébéphréno-catatonie au point de susciter de très sérieuses difficultés de diagnostic ou de pronostic. « En fait, ces deux malades, malgré l'aspect alarmant du tableau mental, ont paru évoluer vers une guérison physique et psychique complète ». (Logre). Mais on a pu se demander s'ils n'allaient pas être voués à une démence précoce post-infectieuse par persistance ou aggravation du syndrome psychique observé au cours de l'encéphalite léthargique. C'est sans doute, dit M. Logre, par des raisons profondes de déterminisme séméiologique, et peut-être même lésionnel, que s'explique l'affinité des troubles mentaux dans l'encéphalite léthargique d'une part, et dans l'hébéphréno-catatonie de l'autre. C'est pourquoi en présence d'un syndrome hébéphréno-catatonique brusquement éclos, nous ne pourrons désormais nous absteuir de songer à l'encéphalite léthargique et d'en rechercher les autres symptômes.

MM. Eschbach et Motet (3) ont traité une encéphalite dont le début fut marqué par un accès de confusion mentale hallucinatoire et qui se poursuit par la juxtaposition au délire de paralysies oculaires et d'hypersomnie. Les troubles psychiques se transformèrent, au déclin de la maladie et pendant la convalescence, en dépression mélancolique.

M. Cruchet, de Bordeaux, a observé, d'après M. Hesnard (4), des enfants qui conservent de leur encéphalite, après plusieurs mois, une inappétence intellectuelle, de la paresse de la mémoire, de grosses difficultés dans l'acquisition pédagogique et aussi des troubles permanents du caractère et de l'humeur, devenue triste, inquiète, plus souvent irritable et capricieuse.

On sait combien sont persistantes et tenaces les séquelles excito-motrices de la maladie. Une fois la phase aiguë ou subaiguë terminée, le virus continue-t-il d'exercer une action inflammatoire lente sur les centres lésés ? C'est possible, et, tout au moins en ce qui concerne la séméiologie de ses localisations psychiques, leur persistance, leur transformation permettent de le supposer. On est autorisé à se demander s'il n'existerait pas des formes traînantes d'encéphalite à type mental.

3° A coté de ces manifestations psychiques qui attirent et fixent d'emblée l'attention, le virus encéphalitique semble capable de déterminer une symptomatologie motrice de type anorganique ou mental. Nous avons récemment (5) attiré l'attention sur certains troubles moteurs anorganiques, de physionomie polymorphe et d'évolution très variable, dont l'origine infectieuse nous paraît probable. Nous avons montré de quelle façon la suggestion, se superposant à l'action du virus, peut fixer ou modifier les manifestations qui sont la conséquence de sa localisation corticale ou nucléaire. M. Roger Dupouy (6) a, de son coté, relaté l'observation d'une malade

(1) Société Médicale des Hôpitaux, 25 juin 1920, p. 922.

(2) Société de Psychiatrie, 17 juin 1920.

(3) Société Médicale des Hôpitaux, 23 juillet 1920, p. 529.

(4) L'Encéphale, 10 juillet 1920, p. 453.

(5) Marcel Briand et A. Rouquier. « De l'origine infectieuse ou toxique probable de certains troubles moteurs de type anorganique ». *Presse Médicale*, le 14 juillet 1920, p. 473.

(6) Société de Psychiatrie, 17 juin 1920.

atteinte d'encéphalite, chez laquelle des tics d'origine mentale, une attitude vicieuse résultant d'une représentation mentale suggérée, sont venus se greffer sur une hémiparésie légère organique avec raideurs musculaires de type pseudo-parkinsonien. Il y a là une série de faits très différents, d'associations organico-pithiatiques intéressantes, que l'examen clinique attentif, l'analyse psychologique, la recherche des commémoratifs permettent, non sans peine, d'identifier.

Le virus encéphalitique peut donc déterminer la symptomatologie mentale, immédiate ou sous forme de séquelles, la plus polymorphe dans son évolution comme dans ses signes. Cette constatation ne doit pas, *a priori*, nous étonner. Tous les virus neurotropes donnent des manifestations physiques ou mentales variables avec leur localisation et la gravité des lésions cellulaires qu'ils conditionnent. On sait à quel point peuvent différer d'aspect les troubles mentaux que, chez les paralytiques généraux, provoque le tréponème. Le virus de l'encéphalite, celui de la rage, dont l'action est si remarquablement brutale, exercent, *mutatis mutandis*, une action analogue.

ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE ET CATATONIE

par le docteur A. Kœssler

C'est surtout la forme agitée de l'encéphalite dite léthargique qui peut donner lieu à des erreurs, quant au diagnostic différentiel vis-à-vis des psychoses.

Les symptômes typiques sont les suivants : excitation du langage et surtout une excitation motrice tout à fait intense et violente qui débute par des mouvements plutôt rythmiques, presque choréiformes. Névralgies. Traces de confabulations. Manque d'hallucinations. Intégrité du jugement, autocritique singulière, — même au paroxysme de l'excitation — vis-à-vis des phénomènes moteurs.

Pour le diagnostic différentiel, quatre diagnostics se posent : le délire aigu, la paralysie générale, la manie franche et la catatonie.

Les trois premiers sont assez facilement à rejeter. Quant à la catatonie, il n'y a souvent qu'un symptôme aidant à faire la distinction ; c'est, dans les cas d'encéphalite, le manque de para-réactions.

Il en résulte que, chez les encéphalites agités, il s'agit d'un état d'excitation tout à fait particulier et typique et que pour la catatonie il n'y a qu'un seul symptôme spécifique : les para-réactions.

NOTE SUR L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE, DITE LÉTHARGIQUE

par MM. Alfred Hanns et Eugène Gelma, de Strasbourg

Conclusions de recherches sur plusieurs cas d'encéphalite observés dans les cliniques médicales et psychiatriques de Strasbourg :

La somnolence, le sommeil profond sont très fréquents dans le syndrome de l'encéphalite. Ils varient, quant au temps d'apparition ; tantôt ils précèdent tous les autres symptômes, tantôt ils surviennent en même temps que les premiers troubles au cours ou au décours de la maladie. Dans certains cas, ils sont absents et transitoires et remplacés par l'insomnie diurne et nocturne, accompagnée ou non d'agitation,

de troubles mentaux les plus variés, depuis le syndrome paralytique jusqu'à la confusion mentale, l'onirisme, la catatonie.

Le sommeil a tous les caractères extérieurs du sommeil normal, il en diffère par un réveil moins franc et par les reprises soudaines de sommeil par crise de narcolepsie qui surprennent les malades, avec ou sans prodrome, et qui leur impose le sommeil malgré les efforts qu'ils font pour s'y soustraire.

Il semble, d'après les observations, qu'il y ait opposition entre les formes à sommeil et les formes à myoclonies, comme s'il y avait un processus irritatif ou un processus asthénique en rapport, peut-être, avec la détermination anatomique de l'infection.

Le sommeil, dans plusieurs cas, s'est montré léger, le réveil fut facile. Chez d'autres malades, le sommeil fut profond, le réveil difficile; le pronostic semble avoir été bénin dans le premier cas et grave dans le second.

Le diagnostic de la maladie est souvent marqué, au début, par des *troubles psychiques* qui précèdent la somnolence. Ce diagnostic a de l'importance lorsqu'il y a, comme dans un cas, un fait médico-légal qu'il importe de rapporter à sa véritable cause.

La ponction lombaire nous a semblé être un facteur d'amélioration, malheureusement inconstant, de la céphalée et du sommeil.

ÉTATS D'EXCITATION PÉRIODIQUE EN RAPPORT DE SYNCHRONISME AVEC DES CRISES DE RÉTENTION URIQUE SUIVIES DE DÉBACLE POLYURIQUE CONCOMITANTE DE LA PÉRIODE D'ACCALMIE

par M. Eugène Gelma, de Strasbourg

Observation d'une femme de 62 ans, internée à l'asile des aliénés incurables de Hœrdt, pour psychose hallucinatoire chronique et classée comme « paraphénique » : Cette malade présente des états d'excitation à forme maniaque suivis de calme. Ces états d'excitation coïncident avec des oscillations de l'élimination urinaire et sont le prélude certain d'une crise polyurique considérable; ils apparaissent à la fin d'une période de diminution de la quantité des urines, et le calme renait dès que la polyurie libératrice s'est effectuée, comme s'il y avait un rapport de causalité entre l'excitation et la rétention dans l'organisme de substances dont une faible concentration favoriserait l'élimination dans une débâcle polyurique, élimination provoquant à son tour la sédation de l'irritabilité, de l'angoisse, de l'agitation motrice.

Il y a toujours eu coïncidence de l'excitation avec une élimination très au-dessous de la normale du taux de l'urée dans les urines. Un repas hyperazoté a provoqué, durant une journée, un état violent d'irritabilité. L'examen de l'urée du sérum sanguin, presque journellement pratiqué, a indiqué une azotéurée de 0,80 à 0,85 centigrammes, en moyenne, par litre; cette azotéurée a naturellement augmenté lors du repas d'épreuve hyperazoté et s'est traduite par un redoublement de l'excitation suivi de polyurie et de calme complet.

Cette observation est à rapprocher de celles présentées, cette année, à la Société de Psychiatrie de Paris, par M. Porot (de Tunis); mais tandis qu'il s'agissait dans ses cas de polyurie diabétique avec synchronisme de glycosurie et de dépression, chez notre malade, c'étaient des crises de polyurie suivant immédiatement les accès d'excitation.

LES PSYCHOSES RÉACTIVES

par M. Schneider, de Strasbourg.

Nous avons trouvé un champ considérable d'observations et de recherches, durant la guerre, à la Clinique psychiatrique de Strasbourg et dans les centres neuro-psychiatriques qui y étaient annexés.

Nous nous sommes spécialement attaché aux cas de psychoses de guerre, dont le rapport entre la guerre et les troubles mentaux était indiscutable. Nous avons écarté délibérément les cas de psycho-névroses organiques présentant un élément d'organicité, et nous avons éliminé les observations relatives aux troubles neurologiques liés aux blessures ou à des affections organiques, parce que ces faits n'avaient en somme rien de nouveau qui ne fut connu et n'affectaient aucun renseignement pour l'étude des maladies mentales liées directement et dépendant intimement du facteur guerre. On a étudié. dès le début du siècle, les maladies dites « psychogènes » de détention et on était arrivé à cette conviction que la plupart des psychoses provoquées par le séjour dans la prison sont de nature hystérique. Mais beaucoup de cas observés devenaient inexplicables par cette hypothèse et on rencontrait de nombreux malades qui ne pouvaient rentrer dans aucune forme décrite. Les travaux de l'auteur suisse Rüdin ont permis d'isoler des psychoses de détention à forme paranoïde qui ont servi à établir d'une façon précise une forme nouvelle qui n'avait jamais été antérieurement définie, de psychose de détention. Il ne s'agit donc plus d'affection de forme ou d'association hystérique, mais d'une psychose à étiologie précise et à développement clinique propre. Ces formes décrites par Rüdin se rencontrent en réalité parmi des détenus à perpétuité ou emprisonnés depuis de longues années.

En étudiant les relations entre les psychoses de guerre et celles de détention, on trouve de nombreuses analogies entre les formes cliniques relevant de ces deux étiologies. Chez les prisonniers, comme chez ceux qui ont pris une part directe à la guerre, il s'agit d'une influence de nature spéciale psychique et organique. De même que chez le détenu, la notion d'impossibilité de sortir de la situation amène la contention violente de l'esprit dans le délire, de même l'influence des émotions de guerre de toute nature aboutit à faire naître un état pathologique. La guerre fournit des causes d'une intensité au moins égale, et même plus vive, pour la genèse des psychoses. Il n'est pas étonnant que des causes semblables produisent des effets identiques, et véritablement aussi la plupart des psychoses dues à la guerre sont hystériques.

A côté des maladies mentales dues à la guerre, mais dont les formes sont déjà connues, nous croyons devoir affirmer la réalité des psychoses de forme nouvelle et qui échappent entièrement aux anciennes classifications. Tout d'abord, on pourrait considérer ces formes comme relevant de l'hystérie, mais après un examen de plus près, on ne trouve aucun stigmate de la névrose, ni de démence précoce, ni de psychose maniaque dépressive.

Ces cas, au nombre de 21, se présentent de la façon suivante :

a) *Anamnèse.* — Tous les malades étaient sains avant la guerre. La plupart ont leurs accidents après un long séjour au front, et trois quart d'entre eux ont vu survenir leur affection en 1917 et 1918. Au début, ils se comportaient avec bravoure et loyalisme et ne montraient aucun indice d'affection psycho-névrosique. Les troubles mentaux sont apparus chez eux tout à coup.

b) Ils ont leur début subit par une excitation psycho-motrice avec des hallucinations de tout ordre (hallucinations riches, complexes, mais nullement étranges comme ceux des hystériques). Nous avons observé deux groupes :

1° *Avec idées de persécution.* — Le malade croit qu'on va le fusiller, le décapiter, le torturer. Ce sont les voix qui l'en informent. Il se voit lui-même décapité, il entend des insultes, des reproches au sujet de son service, des accusations de lâcheté, d'incapacité, d'espionnage, se figure qu'il est empoisonné par le café du matin ou la nourriture ordinaire. En même temps que ces troubles, se manifeste de l'excitation, de l'agitation motrice, le malade est dangereux par ses menaces, ses attaques et ses tentatives de suicide. On trouve également des troubles de l'affectivité, il y a des phénomènes anxieux, de l'anxiété, de l'indécision, de la dificulté ou même l'impossibilité de réaliser un projet (aboulie), tout cela sans dépression psychique. Le développement se fait rapidement, en deux ou trois jours, et l'internement s'ensuit.

2° *Groupe. Avec idées de grandeur.* — Les malades se croient général en chef de l'armée, se figurent être responsables de la conduite du combat, preparent une action, réclament des munitions; d'autres proclament la paix, veulent édifier un palais de la Paix. décident les termes d'un armistice, s'excitent lorsqu'on met leurs déclarations en doute, d'autres émettent des idées de rénovation religieuse ou politique, invitent leur entourage à la prière, préparent un service divin, se montrent comme l'élu du « dieu de la guerre ». Toutes ces idées sont accompagnées d'hallucinations de tout ordre comme dans le premier groupe. Ici encore, le developpement est extrêmement rapide, parfois en quelques heures.

Il y a toujours un état d'hyperthymie, avec idées ambitieuses, sans toutefois l'emphorie du maniaque.

c) A l'hôpital, les malades se présentent ainsi :

L'orientation est bonne. Les hallucinations visuelles, auditives, olfactives, etc., sont toujours en rapport avec des idées ayant trait à la guerre ou des idées délirantes de même nature. Les malades entendent des commandements, des bruits de fusillade ou d'artillerie, voient des soldats armés dirigeant vers eux leur tir, ou bien des scènes guerrières; ils sentent l'odeur du sang de leurs camarades tués ou de cadavres décomposés. Les hallucinations ont comme caractère d'être extrêmement riches.

Toute cette symptomatologie se complète par l'agitation motrice considérable avec accès de stupeur rappelant la catatonie (attitudes catatoniques, stéorotypies), mais sans phénomène moteur (para-réaction). Il y a du déséquilibre de l'émotivité. Ces malades sont tout à fait différents des hystériques, des déments précoces et des maniaques et des maniaques dépressifs, par l'absence des signes caractéristiques de ces affections. Il est à ajouter que la durée de ces maladies est ordinairement très longue (des années) et qu'on ne peut pas encore se permettre un jugement définitif quant à leur issue, vu qu'il a été impossible, à cause des événements politiques, de suivre les cas ultérieurement. Ceux que nous avons pu observer plus longuement, ont montré une tendanee à la chronicité. Il faut dire que la possibilité est donnée de confondre l'un ou l'autre des cas avec certaines formes de la démence précoce et les erreurs de diagnostic ne sont pas toujours à éviter.

Néanmoins, nous croyons, de par nos observations, être en droit de délimiter des troubles mentaux ordinaires de guerre, une forme spéciale de « psychose réactive » propre à la guerre, qui n'est nullement une nouvelle psychose, mais qui représente une nouvelle forme à côté de la psychose réactive de détention.

ANXIÉTÉ PÉRIODIQUE ET DÉLIRE

par M. Georges Lerat, de Nantes

Cette observation est une contribution à l'histoire, très courte, jusqu'ici, de ce que l'on peut appeler l'anxiété périodique, c'est-à-dire des crises où les faits affectifs de l'anxiété surviennent brusquement, sans antécédent idéatif ou perceptif, comme normalement, et, en résumé, sans cause décelable. Avant de porter ce diagnostic, il importe de scruter minutieusement le passé du malade pour s'assurer que ces crises ne sont pas des recrudescences de l'état émotif chez un anxieux constitutionnel. Ici, des idées délirantes de persécution, essentiellement interprétatatives, suivent immédiatement ces crises d'anxiété périodique, comme si une aptitude paranoïaque, latente dans l'intervalle, était brusquement stimulée par celles-ci.

Il s'agissait d'un homme de 47 ans sans antécédent héréditaire ou personnel d'aucune sorte, notamment sans signe de constitution anxieuse.

Depuis l'âge de 20 ans, il était sujet à des crises avec striction du thorax et de la gorge amenant, au bout de quelques minutes, un sentiment panophophique avec interprétations délirantes de persécution et illusions ou peut-être hallucinations auditives (l'entourage voulait l'assassiner, disait du mal de lui, etc.). Ces crises, survenues sans cause, duraient de une demi-heure à une heure, étaient suivies pendant plusieurs heures d'une sensation de fatigue générale, se reproduisaient irrégulièrement au cours d'une année. Lors de son internement, en 1916, elles survenaient environ toutes les trois semaines; l'angoisse disparaissait en quelques quarts d'heure, laissant un état délirant qui se prolongeait quatre ou cinq jours. Au bout d'un an d'internement, dont les six derniers mois furent marqués par une amélioration progressive, le sujet fut rendu à la liberté.

DES RAPPORTS POSSIBLES DE L'ÉPUISEMENT CÉRÉBRAL AVEC LA FOLIE INTERMITTENTE ET LES DÉMENCES PRÉCOCES OU LEURS COMBINAISONS

par M. Ameline (Colonie familiale d'Ainay-le-Château, Allier)

Très impressionné par les conceptions cliniques de Magnan sur l'importance de l'évolution des psychoses touchant leur diagnostic, Kræpelin, moins hardi du reste dans ses vues d'ensemble, oppose les psychoses périodiques, distinguées en France à la démence précoce, aperçue et nommée par Morel qui préférait, il est vrai, l'étiquette de démence juvénile, et qui ne voyait pas dans la périodicité de la marche ni dans la précocité de la démence des symptômes de premier plan. Malgré la persistance de Kræpelin à frayer dans des voies que l'on aurait pu croire périmées, peut-être à cause de cela, un peu, disait-on aussi, parce qu'on se lassait d'entendre en psychiatrie parler des « théories » de Magnan, comme à Athènes de la justice d'Alcibiade, la démence précoce de Kræpelin rencontra une faveur extraordinaire. Ce feu de paille laissa beaucoup de fumée qui n'est pas encore dissipée,

et le diagnostic entre la démence précoce et la folie maniaque dépressive reste dans beaucoup de cas très embarrassé.

Les raisons en sont multiples. Entre autres, par exemple, la symptomatologie indiquée par Kræpelin pour la démence précoce et particulièrement pour la forme catatonique. On a remarqué que Kræpelin préférait à l'interrogatoire du malade les épreuves de laboratoire, et (c'est Binet, je crois) que le laboratoire ne lui a pas donné finalement plus que de l'observation directe. Sans interrogatoire, le diagnostic de démence précoce est devenu, en somme, à très peu près un diagnostic d'infirmier, surtout pour tous ceux qui, ne suivant pas en cela Kræpelin ni Magnan, ne s'astreignent pas à la fréquentation passionnée des malades, au besoin, à toute heure de la journée, fréquentation sans laquelle le risque est grand d'errer dans le maquis livresque et paperassier, les discussions de mots de la psychologie classique à fleur de peau.

Entre autres raisons encore, parce que le cadre de Kræpelin ne correspond pas à ceux des autres aliénistes et, en particulier, est en désaccord avec certains groupements isolés ou mixtes que l'école de l'Admission a établis sur l'étiologie aussi bien que sur l'évolution. L'étude statistique des diagnostics posés par les tenants des deux systèmes montre, en effet, que la démence précoce est constituée en grande partie au dépens de la débilité mentale et néglige la gravité de la prédisposition; cela n'a pas grande conséquence, et encore, en ce qui regarde le délire chronique et la démence paranoïde, mais en ce qui regarde la débilité mentale et la démence précoce en général, cela est capital. Il est de notion commune en neurologie que l'hystérie simule toute les affections nerveuses. Il paraît désirable qu'en psychiatrie la notion devienne commune que la débilité mentale simule toutes les psychoses. Je tiens pour assuré que l'on peut assembler au hasard tels symptômes qu'on voudra, dans l'ordre qu'on voudra, et trouver chez des débiles mentaux la combinaison en question. En outre aussi, nombre d'alcoolisés rentrent dans la catégorie de la démence précoce catatonique, et la négligence de ce point d'étiologie est la source probable de la plupart peut-être des difficultés de diagnostic entre la folie maniaque-dépressive et la démence précoce, quand on a écarté les cas de débilité mentale trop manifeste.

En effet, tandis que pour Kræpelin les formes de passage entre la folie maniaque-dépressive et la démence précoce n'existent guère, ou pas du tout, pour Claus, par exemple (Bruxelles 1902), la catatonie présente des rémissions quelquefois remarquables, étant la seule des formes de démence précoce qui offre une marche aussi périodique. Pour Krafft-Ebing et Tamburini même, la catatonie est à incorporer à la folie circulaire.

La présente note tend à donner de la difficulté du diagnostic entre la folie intermittente et la démence précoce (dans ses formes hébéphrénique et catatonique seulement) une explication supplémentaire attribuant les deux processus en question à l'action d'une même cause, dont l'intensité est la plus modérée pour le premier et la plus accentuée pour le second, mais qui, pour des intensités moyennes, peut produire théoriquement toutes les formes intermédiaires, plus ou moins modifiées, naturellement, par des conditions individuelles et des circonstances ambiantes particulières à chaque cas.

J'appelle, puisqu'il faut un nom, cette cause : *épuisement cérébral*, étant entendu que les mots *épuisement, fatigue, usure*, ont pour moi le sens de *fonctionnement*, ou sont liés inévitablement au fonctionnement de l'organe ou de l'organisme selon les cas, ici du cerveau.

Il importe aussi de noter que *la cause ou force qui agit n'est pas périodique et que néanmoins ses effets peuvent être périodiques* dans certaines conditions. On est alors conduit à envisager une nouvelle source de difficultés dans la séparation des psychoses périodiques des démences précoces, quand celles-ci, par exemple, subissent le contre-coup de phénomènes somatiques périodiques dus au régime alimentaire, à la menstruation ou aux rêves et crises convulsives périodiques, etc. Ces « causes » périodiques produisent des effets périodiques, mais des effets périodiques peuvent résulter d'une « cause » qui n'est pas périodique. Un exemple assez familier aux photographes est celui de la « solarisation » : quand on surexpose une plaque sensible, il y a inversion de l'image qui, de négative, devient d'emblée positive, mais en surexposant davantage, l'image redevient négative; une nouvelle prolongation de la surexposition redonne d'abord une image positive, puis une négative et ainsi de suite, alternativement, et cependant l'action de la lumière n'a pas été interrompue, est restée continue pendant l'exposition de la plaque sensible. Il en est de même chez l'homme : ainsi Schuyten a trouvé que le travail intellectuel prolongé sans interruption, chez des enfants, produit d'abord une hémi-anesthésie droite, puis une hémi-anesthésie gauche, comme le travail. On connaît aussi depuis longtemps le phénomène des images consécutives de la vue et du tact, résultats périodiques d'une action qui ne l'est pas.

Pour faciliter l'exposition, d'abord un mot de l'épuisement sous sa forme simple ou légère à laquelle le nom de « fatigue » convient de préférence. Alors que l'effort ait duré quelques instants, plusieurs heures ou plusieurs mois et même parfois des années, on trouve, ainsi que je l'ai prouvé (1), que très approximativement tout se passe comme si la fatigue résultait d'abord de la destruction d'un capital cérébral non régénérable pendant la persistance de l'effort, ensuite comme si l'intensité de l'action, la force, la cause destructrice du capital cérébral était à chaque instant proportionnelle à l'effet qu'elle a produit jusqu'à cet instant. L'exemple d'un individu qui dissiperait un capital mis en réserve, un héritage, de telle sorte que chaque jour le montant de sa dépense serait une même fraction, un même % de ce qui lui reste à ce jour, est une image qui correspond à la loi en question dont la courbe représentative est une courbe logarithmique. Des calculs sur les expériences quantitatives de Schuyten, Binet, Henri, Vaschide, Larguier-des-Bancels, Mott, etc., m'ont permis de prouver la légitimité incontestable de la formule ci-dessus, formule qui se retrouve d'ailleurs pour d'autres fonctions de l'organisme que les cérébrales, (ce que j'ai également vérifié dans un très grand nombre de cas) et qui est la plus simple, car, quand une loi biologique ne se figure pas par une ligne droite (variation en proportion arithmétique), le plus simple pour l'exprimer est la courbe logarithmique ou exponentielle (variation en proportion géométrique) qui est celle des décompositions chimiques limitées (Guldberg et Waage), pourvu, bien entendu, que l'accord existe avec les résultats chiffrés des expériences, et c'est ici le cas.

Quand on ne possède point de données chiffrées, en psychiatrie par exemple, la recherche d'une loi mathématique est plus délicate, mais on est guidé par les données cliniques et la nécessité de conserver une formule analogue à celle de la fatigue cérébrale.

Les données cliniques sont nombreuses et leur traduction mathématique naturellement très difficile à faire *a priori*, surtout toutes ensemble; force est donc d'en choisir quelques-unes et de réserver les autres comme pierres de touche de l'exactitude de la traduction mathématique des premières : toutes devant concorder

(1) *Journal de Psychologie norm. et path.* 1908 et 1611. Congrès de Tunis et du Puy, etc.

ensemble dans les résultats de la formule adoptée, qui, par simplification, doit redonner la loi de la fatigue expliquée plus haut. Si l'on prend comme données cliniques une marche tantôt intermittente ou périodique, tantôt progressive régulièrement, puis la condition générale en pathologie d'une incubation, d'un temps perdu, d'un retard dans la production des symptômes, on est amené à supposer que (pour prendre l'exemple de l'héritage dilapidé déjà cité) la dépense quotidienne est à la fois d'un tant pour cent de la dépense déjà faite et en rapport avec le nombre des jours écoulés, nombre diminué de la durée de l'incubation, d'un retard sur la date d'acquisition de l'héritage du capital.

Les vérifications consisteront alors non seulement dans l'existence constatée des formes intermédiaires entre une marche périodique et une marche régulièrement progressive, car le fait de réunir *a priori* dans une même formule les deux cas, implique les intermédiaires, mais dans la différence de pronostic des deux formes et aussi dans la plus ou moins grande précocité de leur début. Plus le % de la dépense est faible, moins la cause est épuisante, et cela doit être le cas de la marche périodique, puisque la folie intermittente n'a qu'une faible tendance démentielle; au contraire, le cas de la forte tendance démentielle doit correspondre au cas de la marche la plus continue et progressive. L'accord entre la formule et la clinique est parfait sur ce point.

D'autre part, plus le retard est considérable, plus la marche de l'épuisement démentiel doit être lente, c'est-à-dire que le grand retard correspond à la marche périodique, et réciproquement, l'incubation brève, l'acuité de la marche, la petitesse du retard correspondent à l'évolution rapide vers l'épuisement total, vers la démence complète; c'est bien ce résultat de la discussion mathématique que l'on constate en clinique quand on compare les évolutions de la folie maniaque-dépressive et de la démence précoce et celles de la variété hébéphrénique à la variété catatonique. La folie intermittente débute en moyenne plus tardivement que la démence précoce; la démence catatonique débute, en moyenne aussi, plus tardivement que la démence hébéphrénique, et c'est elle qui diffère le moins, d'après Claus, Tamburini, Krafft-Ebing (pour ne citer qu'eux) de la folie intermittente.

En résumé, les différences de marche de précocité du début, de tendance vers la démence, que l'on constate entre la folie maniaque-dépressive, la démence catatonique et l'hébéphrénie s'expliquent si l'on attribue ces diverses psychoses (et leurs formes intermédiaires) à une seule cause non périodique d'épuisement du cerveau dépendant à la fois: 1° d'un facteur d'usure (% de dépense à chaque instant); 2° de la durée de la maladie diminuée d'un temps perdu (retard ou incubation) s'exerçant; 3° contre un capital cérébral non renouvelable pendant la durée de la maladie.

LA PUBERTÉ CHEZ LES ANORMAUX ET SES INDICATIONS PRATIQUES

par M. Georges Paul-Boncour,

Médecin en chef de l'Institut Médico-Pédagogique de Vitry.

J'ai examiné, conformément à la méthode anthropologique, dite encore auxologique, puisqu'elle tend à fixer les étapes de la croissance, un grand nombre de garçons anormaux. Mes conclusions reposent sur l'observation de 125 cas, que j'ai pu suivre personnellement de semestre en semestre, pendant au moins six ans.

Il serait fastidieux que je donnasse la totalité de mes chiffres et les multiples explications qui peuvent les accompagner; je me contente d'énoncer les conclusions les plus significatives :

1° Plus de 60 % des anormaux ont une puberté retardée. Alors que chez les enfants normaux il existe, à 15 ans et demi, 58 % de pubères et, à 16 ans et demi, 90 %, chez mes anormaux il en existe 21 % à 15 ans et demi, et 38 % à 16 ans et demi.

A 17 ans et demi, tous les normaux sont pubères; au même âge, il reste encore 26 % des anormaux n'ayant pas atteint le degré et ne l'atteignant qu'à 18, 19 et 20 ans.

2° Si l'on retranche les idiots et les imbéciles, pour ne considérer que l'évolution pubère des arriérés, des débiles et des instables, la différence est moins accentuée, mais toujours réelle ; à 16 ans et demi, la proportion passe de 38 % à 48 %.

3° Chez un certain nombre d'anormaux, la puberté est plus précoce que chez les normaux. A 12 ans, 1 % de normaux sont pubères et 5 % d'anormaux; à 13 ans, 5 % de normaux contre 15 % d'anormaux.

A partir de 14 ans, les normaux reprennent la supériorité, qui s'accentue ensuite rapidement.

4° Les premiers signes de la puberté une fois apparus, celle-ci évolue aussi rapidement chez les anormaux que chez les normaux, sauf dans quelques rares exceptions, se voyant chez des êtres profondément débilités : par exemple des idiots gravement atteints ou des cachectiques. Dans ma série, deux d'entre eux avaient une évolution encore incomplète à 23 ans.

5° Il semble que les derniers signes pubertaires (pousse de la barbe, par exemple) subissent un ralentissement. La pilosité générale paraît également moins vigoureuse chez les dégénérés. Je ne puis actuellement fournir sur ces points des certitudes, en raison des variations individuelles rencontrées à l'état normal et liées aux origines ethniques, à la couleur de la barbe, etc., etc. Ces particularités ne sont pas encore assez connues pour que je puisse établir une comparaison entre normaux et anormaux.

6° L'éclosion des poils ne se produit pas toujours simultanément dans les deux aisselles. Cette particularité existe chez les normaux, mais avec moins de fréquence. Le côté retardé coïncide le plus souvent avec une faiblesse musculaire des membres correspondants.

7° Le retard pubère est lié à l'état de la nutrition et de la robustesse; il n'est donc pas en relation avec le déficit mental; il est sous la dépendance de la cause qui a amené la tare psychique dans les proportions où cette cause retentit sur l'état général. Des idiots vigoureux ont une puberté normale; des chétifs, des hypothyroïdiens, même légèrement arriérés, sont retardés.

***

Telles sont mes principales conclusions, qui me permettent d'établir quelques principes directeurs d'ordre pratique, dont voici d'abord le plus essentiel :

En raison de la variabilité de l'apparition de la puberté chez les anormaux, qu'elle soit précoce ou tardive, il est indispensable, au triple point de vue pédagogique, médico-légal et social, de tenir compte de l'âge biologique et nullement de l'âge chronologique. S'il est admis qu'un anormal a besoin d'aide et de surveillance aussi longtemps qu'il est vulnérable, il convient d'être renseigné sur la situation

exacte de cette période critique dans le temps. Il est de même imprudent de ne pas s'informer de l'âge biologique avant d'émettre une opinion sur le degré d'adaptation d'un sujet irrégulier; si sa croissance n'est pas terminée, des modifications sérieuses peuvent encore surgir. Il est non moins absurde de parler du rendement d'un organisme ou d'une méthode éducative tant que celui qui en a bénéficié n'a pas atteint toute sa capacité; on peut faire des erreurs en plus ou en moins!

La puberté s'accompagne fréquemment d'une modification de l'état mental préexistant. Notamment l'instabilité psycho-motrice s'accentue : des impulsions, de la colère, de l'excitation, de l'incohérence peuvent surgir. Or cette recrudescence s'atténue en général après P3A1, mais il est curieux de constater que l'instabilité psychique disparaît avant l'instabilité motrice, celle-ci pouvant même persister durant toute la période pubertaire.

Chez d'autres anormaux il se produit, au cours de la période pubère, une diminution de la capacité de travail, une fatigabilité plus grande, un amoindrissement de l'énergie; si ces états ne disparaissent pas au cours de la période inter-nubilo-pubertaire, l'avenir s'assombrit. C'est plutôt dans la deuxième phase pubertaire qu'apparaissent des phénomènes graves d'affaissement mental, de confusion, d'alternatives de dépression et d'excitation : ces perturbations se prolongent-elles sans atténuation durant la période inter-nubilo-pubertaire, une déchéance est à craindre!

Quelques arriérés simples sont, au contraire, favorablement influencés par l'évolution pubérale et c'est alors durant ces trois années qu'ils font des progrès scolaires inconnus jusque-là; ce qui démontre que si un arriéré n'atteint sa puberté qu'à 17 ou 18 ans, il doit continuer à être soumis à une action pédagogique; et, cependant, conformément à certains règlements, se basant sur l'âge chronologique, il doit quitter l'école.

En ce qui concerne le redressement moral la notation du début de la puberté fournit quelques indications.

Les anormaux pervertis par l'ambiance sont difficilement redressables lorsqu'ils ont atteint l'époque pubertaire : d'où la nécessité de se souvenir, avant d'opérer une sélection, qu'il est des sujets à puberté précoce et d'autres à puberté tardive et, par conséquent, que c'est une erreur de ne tenir compte que de l'âge physiologique.

Nous savons tous que les pervers instinctifs donnent un rendement éducatif déplorable; faut-il, systématiquement, les évincer et les considérer comme des déchets? Je réponds : oui, si aucune amélioration n'a pu être obtenue avant l'apparition des premiers phénomènes de la puberté. Mais ces signes, il s'agit de les rechercher et de les discerner; on peut avoir affaire à des précoces qui offrent en général de la perversion sexuelle; c'est pourquoi l'empirisme serait une faute grave.

Pour clore cette série d'exemples, choisis parmi bien d'autres, je cite un dernier fait relatif à la formation professionnelle, cet élément indispensable de toute adaptation.

La plupart des anormaux sont porteurs de cette débilité motrice, si heureusement mise en valeur par le professeur Dupré. Cette infériorité, si préjudiciable à la possession d'un métier, s'améliore en général vers la fin de la période pubertaire, et en tous cas au cours de la phase inter-nubilo-pubertaire. C'est donc à ce moment que certains sujets sont le plus susceptibles de perfectionner une technique, qui leur a été apprise si laborieusement. Il serait maladroit de négliger cette possibilité d'un rendement supérieur; en conséquence, la durée de l'action éducative post-scolaire doit être basée sur les variations pubertaires.

Pour acquérir ces notions, qui sont indispensables, il n'y a qu'un moyen : c'est d'observer méthodiquement, en ayant recours à la notation anthropologique dont je viens de fournir un rapide aperçu, en même temps qu'une de ses applications.

LES ANORMAUX SCOLAIRES ET L'ŒUVRE GRANCHER

par M. GRANJUX, de Paris.

Ce que nous avons constaté à l'Œuvre Grancher, depuis sa création, confirme ce qu'a dit le docteur Ley à propos des anormaux scolaires.

Vous connaissez tous la proportion d'anormaux scolaires que l'on rencontre dans les grandes villes, et les efforts faits pour tenter d'enrayer le mal. A Paris, le Conseil général a fondé l'Ecole Théophile-Roussel, création intermédiaire entre l'internat primaire et la maison de correction. Elle reçoit chaque année une centaine d'enfants. Notre distingué confrère, le docteur Paul-Boncour, si compétent en ces questions, pourra, si vous le désirez, vous donner les renseignements les plus précis à ce sujet. En ce moment, il est question non plus d'attendre pour traiter cette catégorie d'enfants qu'ils se soient affirmés anormaux scolaires, mais de dépister les candidats. Pour cela, on parle de réserver dans chaque école une classe spéciale où seraient mis en observation les écoliers à mentalité suspecte.

Or, l'Œuvre Grancher, c'est-à-dire l'œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose, qui recrute ses pupilles dans ce même milieu d'enfants, et les place à la campagne dans des familles de cultivateurs choisies par le médecin du pays, n'a pas d'anormaux scolaires, et cela bien qu'elle soit dans la 19e année de son fonctionnement, et que près de 3.000 enfants lui aient été confiés.

Ce résultat est d'autant plus remarquable que si les candidats sont examinés de la façon la plus complète au point de vue de la tuberculose, par contre on ne s'occupe pas de leur psychisme. Aussi quelques-uns, à leur arrivée à la campagne, se montrent excités, agités; mais cela ne dure pas, et dans ce nouveau milieu ils se calment rapidement. La transformation la plus merveilleuse est celle des arriérés, des insuffisants ; ils sont, en quelque sorte, captés par les animaux : moutons, vaches, chevaux ; ils s'y attachent, les soignent avec passion, et en font tout ce qu'ils veulent. Ils se développent parallèlement. Alors qu'à la ville ils auraient fait tout au plus des manœuvres, à la campagne ils deviennent soit des bergers, soit des vachers, soit des charretiers, et gagnent largement leur vie.

Il ne faudrait pas attribuer ce succès au seul fait de remplacer le milieu urbain par le milieu campagnard. La transformation de ces enfants est surtout fonction du milieu moral choisi par le médecin du pays pour y mettre les pupilles. Là est le secret; il peut se formuler ainsi : « placer l'enfant dans une famille de cultivateurs physiquement et moralement saine ».

Il est si nettement établi que l'Œuvre Grancher non seulement protège efficacement les enfants contre la tuberculose, mais aussi les empêche de devenir des anormaux scolaires, et les met à même de gagner leur vie en sortant de l'école, que les Congrés de la Natalité à Nancy, des Sociétés Savantes et de l'Avancement des Sciences à Strasbourg, ont, pour ces multiples raisons, émis le vœu qu'il soit créé des Œuvres Grancher dans les départements qui n'en possèdent pas encore.

On ne saurait, il nous semble, trouver plus suggestive constatation à l'appui de la thèse développée par le docteur Ley.

LE TRAITEMENT DE L'EREUTHOPHOBIE

par le docteur Hartenberg, de Paris.

La peur maladive de rougir est le résultat de deux facteurs : d'abord, une prédisposition circulatoire favorisant les bouffées de sang au visage et consistant en éréthisme cardiaque, vasodilatation des vaisseaux de la tête, dermographisme accusé et parfois hypotension artérielle ; ensuite l'émotivité anxieuse du sujet qui se fixe sur l'idée de rougir.

En conséquence, au lieu de chercher vainement à extraire par la psychothérapie cette idée de rougir de l'esprit du malade, il faut s'efforcer, au moyen de la réduction des boissons, par la quinine, l'adrénaline, de combattre les vasodilatations céphaliques et, par une médication appropriée, d'atténuer l'émotivité anxieuse.

Grâce à cette méthode, on peut obtenir soit une guérison complète, soit une amélioration suffisante pour permettre au malade une existence normale.

CONTRIBUTION A LA PSYCHOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE DES OBSESSIONS

par le docteur René Cornélius, de Paris.

Quels que soient les états où elles apparaissent (états anxieux chroniques, dépression anxieuse périodique), les obsessions présentent certains caractères fondamentaux qu'on peut résumer ainsi :

1° Elles se manifestent sur un terrain anxieux ;

2° Elles sont pénibles ;

3° Elles sont irrésistibles et fixes ;

4° Elles amènent un conflit plus ou moins net dans la personnalité du malade.

Ces *caractères* sont précisément ceux de l'*émotion anxieuse elle-même*, quand elle est *intense*. Car cette émotion est, par nature, téléologiquement, *pénible* ; elle est *irrésistible*, plus forte que la volonté. Elle entraine aussi un trouble du jugement, l'arrêt plus ou moins marqué des opérations intellectuelles, l'affaiblissement de l'activité synthétique de l'esprit. Il en résulte le *monoïdéisme*, la fixité de la préoccupation, caractère important de l'instinct de la peur et caractère utile à l'espèce. Le conflit moral enfin représente la lutte entre la *personnalité diminuée* et l'*émotion anxieuse prévalente*. Donc, l'obsession n'est que de l'émotion anxieuse qui s'est fixée sur une représentation.

Pourquoi l'émotion anxieuse se fixe-t-elle, de préférence, sur tel ou tel objet, redoutable par nature? L'étude des faits montre que l'obsession synthétise, dans la majorité des cas, des craintes concernant nos intérêts vitaux, nos tendances principales. Un *traumatisme moral*, survenu en pleine crise anxieuse diffuse, détermine le plus souvent le *type particulier* d'obsession. Nous publierons ultérieurement les observations confirmatives de ce fait ; nous y avons recherché moins les motifs soi-disant subconscients et multiples d'une obsession donnée, que les tendances du

caractère. *Prédisposition anxieuse* et *circonstance traumatique émotivante* expliquent l'obsession.

La théorie de Pierre Janet sur la hiérarchie psychologique — arbitraire pensons-nous — n'explique pas le contenu variable de chaque obsession. La notion de tension psychologique, comme toutes les notions énergétiques, est sans valeur en dehors des sciences physico-chimiques et du contrôle mathématique. La psychasténie n'est qu'un syndrome contingent. — La psychoanalyse de Freud, Jung, Adler a le tort de méconnaître l'activité incessante de l'esprit et de postuler une relation presque mécanique entre des associations provoquées, pourtant si variables et si dépendantes des changements du ton émotif, et des complexes inconscients, et de croire à une véritable ossification de l'esprit. Les associations obtenues en partant d'un point de départ donné sont, en réalité, diverses selon l'heure et selon l'émotivité variable du sujet. Et cela reste vrai, même chez les obsédés.

Le traitement rejettera toute psychothérapie raisonnante. Il faut des affirmations et des encouragements. Il y a longtemps qu'un médecin alsacien, Ch. Fiessinger, a écrit que la psychothérapie ne valait que par le choc émotif qu'elle provoque. L'obsession étant de l'anxiété fixée, devra être attaquée par un traitement antianxieux. Peu actif dans les crises d'obsession intermittente — qui d'ailleurs guérissent spontanément — et réduit alors au repos, à l'isolement relatif, aux calmants, il devra atteindre, dans les formes à tendance chronique, les intoxications, les autointoxications, le surmenage, les troubles organiques réflexes. Les relations si intéressantes entre l'émotion et les troubles endocriniens ne sont pas encore parfaitement précisées. Nous n'avons pas noté de retentissement glandulaire des obsessions; mais, en revanche, l'existence fréquente de troubles endocriniens à la base des états anxieux commande particulièrement le traitement *thyroïdien* à petites doses, longtemps continuées. La disposition fondamentale à l'anxiété sera combattue le mieux par le *véronal* (0,20 à 0,40 centigrammes par jour), pris en deux fois et longtemps continué; les résultats seront remarquables.

LE TRAITEMENT DE L'ANGOISSE

par le docteur A. Masquin, de Saint-Didier.

Après un rappel de notions cliniques rapides sur le symptôme angoisse, l'auteur fait ressortir l'importance du traitement de ce trouble morbide commun à presque tous les états psychopathiques.

L'indication étiologique, idéal thérapeutique, est rarement posée en dehors des cas à point de départ infectieux ou toxique, dans lesquels la médication antitoxique procure une guérison rapide.

Reste le traitement symptomatique, qui a pour but principal de calmer. Les moyens à mettre en œuvre, l'isolement du malade une fois réalisé, condition indispensable, sont d'ordre moral et physique.

La psychothérapie évitera la dialectique qui irrite le malade, ruine sa confiance et lui apporte, par associations d'idées, d'autres éléments qui renforcent le délire et réalisent une véritable culture de l'idée fixe.

La psycho-analyse de Freud est également à rejeter.

La persuasion, au contraire, quand elle est possible, permet d'obtenir la confiance du malade, facteur puissant de rééducation intellectuelle; mais il faut tendre à isoler l'idée fixe, à faire autour d'elle la « conspiration du silence ».

Les moyens physiques comportent les diverses modalités de l'hydrothérapie et de l'électrothérapie.

Quant au traitement médicamenteux par les opiacés et les autres narcotiques, il est à rejeter. Malgré ses avantages apparents, c'est une thérapeutique dangereuse qui augmente l'intoxication habituelle de ces malades, crée l'accoutumance et provoque parfois des réveils avec paroxysmes d'angoisse. Et cependant il faut faire dormir les anxieux. C'est ici que l'auteur préconise une méthode simple, rapide, inoffensive, imaginée par P. Farez en 1903, pour l'obtention du sommeil par l'emploi du somnoforme, produit à base de chlorure d'éthyle. A doses très faibles (2 à 5 centigrammes), il procure une anesthésie rapide, sans danger, apportant au malade, au moment du réveil, une détente, une sensation de bien-être qui lui fait éprouver le besoin immédiat de dormir. Le sommeil de la nuit est de même heureusement influencé et augmenté d'une façon manifeste.

De plus, le somnoforme permet d'obtenir par la graduation des doses employées, soit une narcose confirmée, soit une hyper ou une hyponarcose auxquelles correspondent des indications et des états psychologiques divers permettant l'emploi des différentes méthodes du traitement moral, si difficile à faire accepter par ces malades.

Enfin, dernier avantage, il n'y a pas d'accoutumance. Le manuel opératoire est des plus simples, réalisant ainsi un procédé facile pour obtenir la détente et l'amorce du sommeil naturel, véritable traitement de l'angoisse.

CONTAGION MENTALE FAMILIALE

par le docteur A. Prince, directeur de l'asile d'Hœrdt.

L'observation que nous avons l'honneur de vous présenter a trait à une malade, atteinte de psychose hallucinatoire, qui a fait partager ses hallucinations et ses interprétations délirantes à son mari et à ses enfants.

Inculpée d'employer habituellement ses trois enfants en bas âge à la mendicité, la femme G... explique que, depuis quelques mois, si elle emmenait ainsi ses enfants mendier à travers les campagnes, c'était parce que le démon l'avait réduite à la misère, et aussi dans le but d'échapper aux mauvaises gens qui lui avaient jeté un sort, et, par l'intermédiaire des esprits, ne cessaient de la persécuter, elle, son mari et ses enfants.

Actuellement âgée de 35 ans, toujours bien portante, elle s'est mariée à 19, avec un ouvrier maçon, sobre, son mari actuel, dont elle eut quatre enfants en bonne santé, ayant respectivement 15, 9, 6 et 3 ans. Au point de vue physique, rien de particulier à retenir. Sensibilité et motilité bonnes. Réflexes normaux. Fonctionnement régulier des organes. Aucun signe d'alcoolisme, ni d'autointoxication. Au début de 1913, elle entend pour la première fois des bruits insolites qui semblaient provenir des murs de la maison. Quelques semaines après, le mari et les enfants les entendent pareillement. Sans aucun doute, la maison est fréquentée par les sorciers, et, pour leur nuire, on leur a jeté un sort. Ils décident de changer d'habitation, mais, dans leur nouveau logement, « le tour » les suit. Les bruits deviennent un véritable vacarme, et bientôt les hallucinations se précisent. Des voix, distinctement entendues, sortent de partout, des murs, des meubles, du lit, aussi bien la nuit que le jour, mais la nuit particulièrement. Tout sommeil devient impossible. Les paroles

proférées sont toujours désagréables : « Je te ferai ton affaire ; on te tient ; le sort est bien jeté ; mais tu ne me trouveras pas ; je puis entrer chez toi sans clef, etc. » Tantôt le mari entendait les mêmes voix que sa femme, tantôt il entendait des paroles s'adressant plus spécialement à lui : « Tu es un propre à rien..., etc. » Aux enfants, surtout au plus âgé, le sorcier disait : « hou, hou, je vais te manger, la grosse bête te mangera..., etc. » Des hallucinations de la sensibilité générale apparaissent ensuite. Il semble à la femme G... qu'une bête grimpe le long de ses jambes, la griffe en criant ; ou bien encore, elle reçoit des morsures aux pieds, et une fois, ayant une tourniole, elle a prétendu que c'était un coup de dent de la bête. Les enfants sont mordus également, et la douleur les fait pleurer et crier. Des égratignures à la joue, une conjonctivite sont évidemment des traces de passage de la bête. Les hallucinations de la vue sont plus élémentaires. Malgré ses efforts, elle et ses enfants n'ont jamais vu que des ombres qui disparaissaient lorsqu'on essayait de les approcher. Nous n'avons relevé ni hallucinations de goût, ni hallucinations de l'odorat. Ces troubles sensoriels ont servi de base aux interprétations délirantes. Pour elle et son mari, des personnes du village leur ont jeté un sort afin de les empêcher de bénéficier des secours de la mairie. Elle soupçonne fort un nommé B..., le cantonnier, qui est un suppôt du diable. Il les a toujours regardés de travers, et les voix entendues ressemblent étrangement à la voix de son fils. D'un tempérament actif, et de caractère assez volontaire (fait qui lui permit de contagionner son mari et ses enfants), elle a essayé de réagir à l'ensorcellement de différentes manières. Elle se mit d'abord à frapper les meubles à coups de bâton pour en faire sortir les esprits. La nuit, alors que les voix sortaient du lit, elle a maintes fois secoué la paillasse avec une fourche. Elle entendait alors les cris des démons redoubler, et, une fois, les enfants, très effrayés, ont aperçu une bête noire fuir par la porte. Invité à exorciser la maison, le curé n'a pas « osé » venir, non plus que les habitants du village. Par là, tous deux ont auguré que le curé ne « craignait pas seulement Dieu », et que le sort jeté était particulièrement mauvais ! Découragée, elle se mit alors à fuir autant que possible la maison hantée, et, suivie de ses enfants, portant souvent le plus jeune sur son dos, elle errait à travers la campagne, parfois jusqu'à 15 kilomètres de son domicile. Peine perdue, elle entendait les mêmes voix et sentait les mêmes morsures. « Cela me suivait partout, et les enfants entendaient comme moi. » Certaines nuits, le mari étant couché à la maison, on ne pouvait plus habiter la chambre tellement le vacarme était intense. C'est que le sort jeté au mari s'ajoutait à celui des enfants et au sien. Alors, toute la famille passait la nuit dehors, errait à la belle étoile, ou bien, harassée, couchait sur des tas de paille. Le plus souvent, ils étaient obligés de rester debout, tellement « cela les dévorait et les pinçait ». Rentrés chez eux, ils faisaient, à l'aide d'une lanterne, le tour du jardin, montaient au grenier, et toujours en vain. Le caractère souvent puéril des réponses faites par l'inculpée, la nature des idées délirantes font penser immédiatement à la débilité mentale. A l'école, elle ne put apprendre à lire, et les notions qu'elle possède se bornent à peu près aux choses usuelles du ménage. Cette débilité paraît porter électivement sur les facultés intellectuelles. La volonté est suffisante ; l'affectivité est normale ; le sens moral existe, et si elle faisait mendier ses enfants, c'était parce que le démon l'avait plongée dans la misère. Le mari paraît légèrement mieux doué au point de vue intellectuel. Il sait lire et, en qualité de maçon, il gagne honorablement sa vie. Par contre, il semble inférieur à sa femme comme force de caractère. C'est un passif qui a toujours été le reflet de son épouse et qui approuve constamment ce qu'elle fait. Nous trouvons là précisément les conditions nécessaires à l'éclosion de la folie communiquée. La femme a joué le

rôle actif vis-à-vis du mari. Quant aux enfants, êtres craintifs et éminemment impressionnables, la mère n'a pas eu de peine à les associer à son délire hallucinatoire. Ont-ils eu réellement des hallucinations ? Raoul, âgé de 9 ans, est très affirmatif ; les autres ne le sont pas moins ; mais, âgés respectivement de 6 et 3 ans, il est évidemment difficile de faire état de leur interrogatoire.

En résumé, la femme G..., fille d'un père alcoolique, présente un fond de débilité mentale sur lequel est venue se développer une psychose hallucinatoire non toxique, avec idées de persécution, de sorcellerie, basées sur des hallucinations de l'ouïe, de la vue et de la sensibilité générale. Elle a contaminé son mari et ses enfants, suivant les lois habituelles de la contagion mentale, avec cette différence, cependant, que l'épouse, élément actif, présente ici une débilité intellectuelle plus accentuée que le mari, élément passif (1). Les faits qui lui sont reprochés sont une conséquence de sa psychose. Notons enfin que la séparation, sous forme d'incarcération de la femme G..., a eu comme conséquence une guérison rapide et spontanée du mari et des enfants; elle-même est sortie guérie après deux mois de traitement à l'asile.

CAS D'HALLUCINATIONS VISUELLES ISOLÉES

par le docteur Sœttel, de Strasbourg.

Chez des sujets présentant des lésions oculaires sont survenues des hallucinations visuelles conscientes, favorisées par l'occlusion des yeux et l'obscurité. C'étaient des images colorées, riches, singulières, sans cesse en transformation assez lente et graduelle.

On peut discuter le rôle respectif de l'irritation périphérique et de la réaction centrale dans leur pathogénie. Il est à noter que l'un des sujets était un ancien alcoolique.

LA CAPACITÉ CIVILE DES ALIÉNÉS EN ALSACE ET LORRAINE L'INTERDICTION DANS LES LÉGISLATIONS FRANÇAISE ET ALLEMANDE

par Paul Courbon et Léon Spitz, de Stephansfeld.

La période actuelle de transition de régimes offre en Alsace et Lorraine une confrontation vivante des deux législations française et allemande. En ce qui concerne les aliénés, par exemple, c'est le Code local — c'est-à-dire le Code allemand — qui est encore en vigueur, et les mesures de protection concernant la capacité civile de ces malades sont assez différentes de celles que le Code français édicte, pour qu'il y ait intérêt à les faire connaître aux aliénistes de France et des pays de langue française. Nous allons donc exposer brièvement — vu le peu d'espace qui nous est octroyé — les caractères essentiels de l'interdiction dans les législations française et allemande.

---

(1) Dromard et Levassort. Un cas de folie à deux avec infériorité relative de l'organe actif. *Archives de Neurologie*, 1904.

L'interdiction allemande ou *Entmündigung* est une mesure légale qui enlève à un individu l'exercice de ses droits civils et lui donne un tuteur ou *Vormund*, chargé de prendre soin de sa personne et de ses biens.

A) Motifs de l'interdiction dans le Code allemand.

Peut être interdit d'après le paragraphe 6 :

1° Quiconque, par suite de maladie mentale (*Geisteskrankheit*) ou de faiblesse d'esprit (*Geistesschwæche*), est incapable de gérer ses affaires ;

2° Quiconque, par sa prodigalité, s'expose ou expose sa famille à la misère ;

3° Quiconque, par suite d'ivresse habituelle, est incapable de gérer ses affaires ou bien s'expose ou expose sa famille à la misère ou encore menace la sécurité d'autrui.

De ce texte, il résulte donc qu'au point de vue psychiatrique, deux causes d'interdiction sont à retenir : la maladie mentale, c'est-à-dire états dans lesquels le sujet a perdu totalement la capacité de conduire sa personne et de gérer ses biens; la faiblesse mentale, c'est-à-dire les états dans lesquels le sujet a conservé une plus ou moins grande partie de cette capacité. Nous verrons qu'à ces deux motifs correspondent des formes différentes.

B) Procédure d'interdiction dans le Code allemand.

La demande d'interdiction peut être faite par un membre de la famille, par le représentant légal de la personne à interdire; s'il s'agit d'un mineur, par le ministère public. Elle est adressée au juge de bailliage (*Amtsrichter*). Celui-ci peut, s'il le désire, comme garantie du fondement de la mesure réclamée, exiger un certificat médical. L'interdiction est prononcée par ce même juge de bailliage, mais *après audition d'au moins un médecin expert*. Non seulement le médecin doit être consulté, mais il doit assister à l'entrevue que le juge a avec le malade. Quant à l'aliéné, il n'est pas besoin qu'il soit entendu si cette audition présente trop de difficultés ou si elle devait être nuisible à sa santé. Dans les cas où il l'estime nécessaire, le juge de bailliage peut ordonner la mise en observation à l'asile du sujet à interdire pour une durée n'excédant pas six semaines. — La procédure d'interdiction n'est pas publique. En cas d'urgence, d'après le § 1906, le juge de bailliage peut infliger immédiatement la tutelle provisoire (*verlaüfige Vormundschaft*) à un individu atteint de troubles mentaux, pendant le temps nécessité par la procédure, pour éviter un préjudice susceptible d'atteindre la personne ou les biens de l'intéressé. Celui-ci devient alors assimilé à un mineur de plus de sept ans. La levée d'interdiction est prononcée par le juge de bailliage, après avis médical, sur la demande de l'aliéné, de son tuteur ou du procureur. La décision d'interdiction n'est communiquée qu'à celui qui en a fait la demande et au procureur; mais s'il s'agit d'une interdiction pour faiblesse d'esprit, elle est en outre communiquée à l'interdit. Les mêmes personnalités sont avisées du jugement de levée d'interdiction. Le jugement d'interdiction peut être attaqué dans l'espace d'un mois, devant le tribunal régional (*Landsgericht*).

C) Effets de l'interdiction dans le Code allemand.

1° Dans le cas *d'interdiction pour maladie mentale*, l'individu est déclaré incapable de *transaction* (*Geschæftsunfæhig*), § 104. L'expression de sa volonté est nulle en droit, § 105. Il ne peut donc faire aucun acte juridique. Il est assimilé à un mineur de moins de sept ans. — 2° Dans le cas *d'interdiction pour faiblesse mentale*,

l'individu est déclaré *limité dans sa capacité de transaction* (*in der Geschæftsfæhigkeit beschrænkt*). Il peut accomplir seul des actes juridiques valables, mais à la condition d'avoir le consentement de son représentant légal, § 107. Cependant, les actes qu'il aurait accomplis sans ce consentement sont valables lorsqu'ils se bornent à lui assurer un avantage.

Il est comparable au prodigue, à l'ivrogne habituel, et, comme eux, assimilé à un mineur de plus de sept ans, § 114.

D) Commentaire.

Au point de vue des causes d'interdiction, le Code français n'admet que l'état habituel d'imbécillité, de fureur et de démence, §§ 489 et 499. Le Code allemand, outre les états de maladie et de faiblesse mentale, énumère l'ivrognerie et la prodigalité.

Au point de vue de la procédure, en Allemagne, un seul juge connaît et décide : le juge de bailliage (*Amtsrichter*), qui constitue à lui seul le tribunal de bailliage. Il siège au chef-lieu de canton et se distingue du juge de paix français en ce qu'il a la même formation scientifique que les juges des tribunaux (*Landsrichter*) et qu'il est interchangeable avec eux.

En Allemagne, les débats ne sont pas publics ; il n'est pas indispensable que l'intéressé soit entendu, mais il est obligatoire qu'un médecin expert soit consulté. En France, au contraire, c'est le tribunal en chambre qui décide ; les débats sont publics, l'aliéné doit avoir été entendu, mais l'expertise médicale n'est aucunement obligatoire.

En somme, le législateur allemand a confiance dans le médecin et permet une plus grande discrétion. Le législateur français, au contraire, soucieux avant tout du respect de la liberté individuelle, néglige la science médicale et exige la publicité des débats. Le juge allemand peut se dispenser de voir le malade ; les juges français peuvent se dispenser de consulter le médecin.

Ajoutons qu'en Allemagne les formalités d'interdiction étant beaucoup moins compliquées qu'en France, on y recourt avec beaucoup plus de fréquence, sans considérer si l'état mental sera certainement de longue durée. La seule décision du juge de bailliage suffit à lever l'interdiction.

Au point de vue des effets : l'individu déclaré *geschæftsunfæhig* ou interdit pour maladie mentale se distingue de l'interdit français, parce qu'il est incapable, aux termes du § 105, qui déclare nulle toute expression de sa volonté, de faire ou de révoquer un testament, de se marier, de reconnaître un enfant naturel. En France, une certaine interprétation des textes reconnaît à l'interdit la puissance d'exécution de ces actes, dans les intervalles lucides, sous le prétexte que ces actes ne comportent pas la représentation par un mandataire.

L'individu reconnu *in du Geschæftsfæhigkeit beschrænkt* ou interdit pour faiblesse mentale se rapproche du sujet affligé d'un conseil judiciaire français. Mais il s'en distingue par ce qu'en France les actes pour lesquels il est incapable sont désignés : plaider, transiger, emprunter, recevoir un capital mobilier ou en donner décharge, aliéner ou grever ses biens d'hypothèques, § 499. En Allemagne, au contraire, son incapacité égale celle d'un mineur de plus de sept ans. Il ne peut, par conséquent, pas se marier ni faire un testament sans le consentement du tuteur. Sa puissance paternelle est suspendue. Par contre, il peut, seul, révoquer un testament et faire tout acte lui assurant un avantage, c'est-à-dire lui conférant un droit sans condition ou le déchargeant d'une obligation sans condition.

Enfin, parfois, comme pour certains contrats de mariage, pour légitimer un enfant naturel, quand il s'agit d'un père, etc., il faut, outre le consentement du tuteur, celui du juge de bailliage.

En résumé, d'après l'interprétation purement psychiatrique de la loi, devraient être, à notre avis, considérés comme *malades mentaux :* les idiots, les imbéciles, les déments, les agités maniaques, les stuporeux, les anxieux, les confus et délirants systématisés ; comme *faibles d'esprit :* les débiles profonds, certains déséquilibrés, les affaiblis intellectuels.

En réalité, le juge ne s'inquiète pas de ces classifications et choisit entre les termes de malade ou de faible mental à appliquer au sujet celui qui correspond au degré d'interdiction qu'il estime nécessaire pour le cas particulier.

Signalons, dès maintenant, que l'interdiction est l'ultime ressource à appliquer là où la curatelle est nécessaire, mais est refusée par le malade.

LA CAPACITÉ CIVILE DES ALIÉNÉS EN ALSACE ET LORRAINE UNE MESURE SANS ÉQUIVALENT DANS LA LÉGISLATION FRANÇAISE : LA CURATELLE

par P. Courbon et L. Spitz, de Stephansfeld.

La curatelle ou *Pflegschafto* est une institution du Code civil allemand qui n'a pas d'équivalent dans le code français. Sa simplicité et sa souplesse constituent une mesure éminemment pratique et précieuse pour la sauvegarde des intérêts des aliénés. Aussi mérite-t-elle d'être exposée avec quelques détails. Elle consiste dans l'attribution, à tout individu empêché de s'occuper de certaines de ses affaires, d'un curateur chargé de les exécuter pour lui. Le curateur allemand (*Pfleger*) est donc, comme nous l'exposerons plus bas, totalement différent du curateur français.

A) **Motifs de la Curatelle allemande.**

Infirmité physique ou psychique, rendant le sujet incapable de s'occuper activement de ses affaires. Le paragraphe du Code nomme expressément, parmi les infirmités physiques qu'il a en vue, la cécité, la surdité, le mutisme. — On fit tout d'abord application du curateur à de simples infirmités psychiques ou psychomotrices, telles que l'aphasie ou l'amnésie ; puis on en étendit l'emploi aux psychoses légères en voie de guérison ou à la période initiale, qui n'enlèvent pas au malade la possibilité d'exprimer une volonté valable.

Voici les textes : § 1910. « Un majeur, non placé sous tutelle, peut être muni d'un curateur pour sa personne et ses biens, lorsqu'il est incapable de s'occuper de ses affaires, par suite d'infirmités physiques, en particulier parce qu'il est sourd, aveugle ou muet. Quand un majeur non placé sous tutelle est, par suite d'infirmités psychiques ou corporelles, incapable de s'occuper de certaines de ses affaires ou d'une sphère déterminée de ses affaires, en particulier de gérer sa fortune, il peut être muni d'un curateur pour ses affaires.

La curatelle ne peut être ordonnée qu'avec le consentement de l'infirme, à moins qu'une entente avec lui ne soit impossible.

§ 1918, alinéa 3 : « La curatelle instituée en vue d'une affaire déterminée prend fin avec le règlement de cette affaire. »

§ 1920 : « Une curatelle instituée en vertu du paragraphe 1910 doit être supprimée par le tribunal des tutelles, quand la personne qui y est soumise en fait la demande. »

B) Procédure de la Curatelle allemande.

La demande de curatelle émane de toute personne qui y a un intérêt. Elle est adressée au juge de bailliage. Celui-ci nomme le curateur *sans être tenu de prendre l'avis du médecin expert.*

La collocation du curateur se fait de deux façons, suivant qu'il y a ou non *possibilité d'entente* (*Verstændigungsmœglichkeit*) avec l'intéressé, c'est-à-dire suivant que le sujet possède ou non la lucidité suffisante pour comprendre la portée de la mesure, sans être influencé par des idées délirantes. S'il y a possibilité d'entente, le juge ne peut nommer un curateur qu'avec le consentement de l'aliéné. Et en cas de refus de celui-ci, les choses en restent là. Il n'y a plus qu'un moyen : c'est de recourir à l'interdiction. — S'il n'y a pas possibilité d'entente, c'est-à-dire quand les troubles mentaux sont trop intenses, le juge nomme d'office un curateur. Cela en vertu d'une interprétation extensive du Code, sanctionnée par des jugements de la Cour supérieure de Leipzig.

C) Effets de la Curatelle allemande.

Le mandat du curateur est limité aux questions spécifiées dans la décision qui le nomme. Et à vrai dire, elles peuvent concerner la totalité des affaires du malade. Le sujet qui a un curateur conserve donc toute sa capacité civile en théorie. En pratique, cela n'est exact que pour celui qui a été reconnu apte à s'entendre, car dès qu'il le demande, il peut faire abolir la curatelle. Quant à celui qui est incapable d'entente, il est bien certain qu'il est également incapable de manifester une opinion sur sa curatelle. — En résumé, l'aliéné peut être muni d'un curateur à mandat plus ou moins limité, s'il y consent, ou sans son consentement, s'il est incapable de comprendre ou de vouloir, — mais non contre sa volonté.

D) Commentaire.

Il n'y a aucune analogie entre le curateur allemand et le curateur à la personne français, qui, d'après le paragraphe 38 de la loi de 1838, a mission de veiller à ce que les revenus de l'aliéné soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison, à ce que le malade soit rendu au libre exercice de ses droits dès que sa situation le permettra. Semblable institution n'existe pas en Allemagne. Le curateur allemand remplace l'administrateur provisoire français et le mandataire *ad litem*. A la différence de ce qui a lieu pour l'administration provisoire, c'est le juge qui décide de ses attributions et non la loi. Elles peuvent être aussi variées, aussi complètes que possible. Cela le distingue du mandataire *ad litem*, nommé, comme lui, par décision judiciaire. — En outre, la mesure de la curatelle allemande s'applique aussi bien aux aliénés non internés qu'aux aliénés internés, alors que pour les premiers la loi française ne prévoit pas d'autre mesure que les mesures compliquées de l'interdiction ou de la dation du conseil judiciaire.

La curatelle est une mesure simple, souple et rapide.

Lorsque le mandat par lequel elle est conférée comporte *la gestion de la totalité des affaires, elle remplace l'interdiction.* — L'intervention du consentement de l'aliéné, avec lequel il y a possibilité de s'entendre, épargne à celui-ci toute assimilation dégradante avec un être sans liberté, de la personne et des biens duquel on dispose arbitrairement.

C'est, pourrait-on dire, un hommage rendu à la survivante lucidité du malade. — Dans la pratique, la difficulté est de distinguer s'il y a ou non possibilité d'entente. Et une grosse lacune du Code est de ne pas exiger l'avis du médecin pour faire cette discrimination. Théoriquement, le juge peut se charger de la faire seul ou même confier cette mission à son greffier. Le médecin légiste Cramer s'élève, à bon droit, contre cette manière de faire. En pratique, le médecin est toujours consulté pour les individus internés.

D'après notre interprétation, la possibilité d'entente doit être considérée comme existant chez les déséquilibrés, chez les délirants systématisés, chez certains affaiblis mentaux. Lorsque ces aliénés, quoique comprenant la portée de la mesure judiciaire, la refusent, malgré l'urgence pour leurs intérêts d'être représentés, on ne peut qu'avoir recours à l'interdiction.

En résumé : pour les aliénés avec qui il est impossible de s'entendre, la curatelle est toujours applicable. Pour les aliénés avec qui il est possible de s'entendre, la curatelle n'est applicable que s'ils y consentent. En cas de refus, il faut les interdire.

De l'exposé des considérations précédentes, il résulte tout d'abord que l'internement en Allemagne n'influe en rien sur la capacité civile des aliénés. Qu'ils soient ou non dans un asile, ceux-ci ne sont justiciables que de la curatelle ou de la tutelle par interdiction.

Dans la réglementation de ces deux mesures, le législateur allemand s'est inspiré avant tout de rendre pratique l'atteinte du but cherché : sauvegarde des intérêts du malade. Pour cela, il a rendu la procédure fort simple et supprimé toute publicité, en accordant une confiance entière au juge et au médecin.

Le législateur français, au contraire, hanté par la crainte d'une violation possible de la liberté individuelle, complique le formalisme de la procédure, exige la publicité des débats, la multiplicité des magistrats, et, par cela même, n'arrive pas avec autant de rapidité et d'une façon aussi complète au résultat poursuivi.

LA PSYCHOTHÉRAPIE DES ADOLESCENTS ANORMAUX

par le docteur Bérillon, de Paris.

Parmi les manifestations du déséquilibre nerveux et mental le plus fréquemment observées chez les enfants et les adolescents anormaux, il convient de mentionner : l'incontinence essentielle d'urine, l'onanisme irrésistible, l'onychophazie, le kleptomanie, la paresse intentionnelle, la pseudomanie, la colère impulsive, la timidité et la voracité.

Ces troubles, surajoutés aux tares fondamentales de la dégénérescence, apparaissent comme des tendances impulsives se rattachant soit à l'insuffisance fonctionnelle des centres modérateurs, soit à des habitudes créées par des erreurs de l'éducation.

Contre ces troubles secondaires, l'intervention d'une psychothérapie spéciale, indépendamment de tout autre traitement spécifique, est formellement indiquée.

Pour être efficace, cette psychothérapie doit reposer sur la production préalable de l'état d'hypnose. Seul cet état permet d'obtenir la malléabilité mentale et la neu-

tralisation des résistances conscientes ou inconscientes, qui s'opposent à l'action de la suggestion.

Par son emploi systématique, la guérison des symptômes isolés s'obtient en quelques séances, dans la proportion de sept cas sur dix.

L'intervention de cette psychothérapie est également d'une grande utilité pour le diagnostic et le pronostic. Tandis que le succès implique chez le sujet la prédominance de l'état hystérique, au contraire l'insuccès comporte le pronostic d'un état profond de dégénérescence.

LE MÉTISSAGE, FACTEUR DE LA DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE

par le docteur Bérillon, de Paris.

Morel, auquel on doit les notions les plus importantes sur les causes de la dégénérescence humaine, avait complètement méconnu le rôle joué par le croisement des races dans la dégénérescence des produits.

Bien plus, sous l'inspiration de sa croyance au dogme de l'unité de l'espèce humaine, il en était arrivé à soutenir l'opinion que l'élément le plus actif de la régénération se trouvait dans le croisement des races.

Il n'avait cependant pu manquer d'être frappé de l'infériotè mentale des métis, car, dans un passage de son livre, il dit incidemment que « les métis ont généralement hérité des mauvaises qualités de leurs ancêtres et que leur état physique était loin de correspondre avec ce qu'il est généralement permis d'attendre de l'entrecroisement des races ».

Dans un autre endroit, il disait également, en parlant des nègres créoles des Antilles : « Malheureusement, la somme de leurs vertus n'équilibre pas celle de leurs vices, et, plus ils sont libres, plus ils se montrent cruels, vindicatifs, paresseux. »

Mais Morel était tellement ancré dans ses idées préconçues, qu'après avoir noté les exemples malheureux des métis *se présentant sous le jour le plus sombre*, il ne pouvait se résigner à l'attribuer à l'action du mélange de deux sangs dissemblables. Il se bornait à l'expliquer par le fait « qu'aucune des conditions indispensables à la rénovation intellectuelle et physique et morale n'avaient été observées ».

Depuis lors, malgré l'évidence des faits, dans aucun auteur classique on ne trouve la moindre allusion au rôle joué par le métissage dans l'étiologie de la dégénérescence mentale.

Cependant, mes études sur les enfants anormaux viennent me confirmer chaque jour dans l'opinion qu'il n'y a pas de cause plus évidente de la dégénérescence mentale que le métissage de générateurs de race ou de mentalité différentes.

Ce qui caractérise le dégénéré, c'est qu'il ne ressemble pas à ses parents. L'hérédité, dont la fonction essentielle est de transmettre la ressemblance, est troublée.

Depuis déjà plusieurs années, j'ai acquis la certitude, par mes observations cliniques, que, dans notre milieu européen, le croisement de races antagonistes, bien qu'elles aient la même coloration de peau, telles que la race allemande et la race française, donne des produits d'une infériorité certaine.

Les métis, issus du mélange de ces deux races, que j'ai eu l'occasion d'observer, présentaient tous des signes accentués de dégénérescence physique. Ils étaient de stature anormale, traversaient avec les plus grandes difficultés la période de croissance. Le moins qu'on puisse dire, c'est qu'ils étaient atteints de ces arrêts d'évolution par lesquels se caractérisent les enfants anormaux.

De toutes les conséquences organiques du métissage, une des plus fréquentes est la disproportion des formes. Lorsqu'on se trouve en présence de nains, de géants ou de ces individus auxquels leur disproportion fait attribuer les qualificatifs de « longue perche », de « pot à tabac », il y a lieu de présumer qu'on se trouve en présence de métis de races de même couleur.

L'antagonisme biologique des deux races se traduit par la dégénérescence de leurs métis.

Il en est, d'ailleurs, de même pour tous les enfants issus de races différentes, alors même qu'elles sont de même couleur, pour peu que des dissemblances appréciables existent dans leurs caractères ethniques.

Chez le plus grand nombre des sujets dont le déséquilibre mental se traduit par des états d'anxiété, des peurs maladives, des idées de doute, de l'indécision, l'étiologie de ces préoccupations morbides doit être rattachée au croisement de générateurs de mentalité très dissemblable.

Il apparaîtrait de mes constatations, que les instincts opposés des parents ne se fusionnent pas et qu'ils se superposent sans se mélanger.

Or, si les inconvénients du *métissage biologique,* résultant du croisement d'individus de races différentes aboutissent à des résultats néfastes, il en est malheureusement de même en ce qui concerne la forme de métissage que je désignerai sous le nom de *métissage psychologique.* Chez les enfants issus de parents de même race, mais de caractère très opposé, de tendances, de mœurs, d'habitudes antagonistes ou hostiles, il arrive que l'on observe les manifestations de ce désordre intérieur qui caractérise l'absence de personnalité ou, tout au moins, constitue la personnalité pathologique.

DESSINS GÉOGRAPHIQUES D'UN ALIÉNÉ

par M. Eissen, de Stephansfeld.

Présentation de cartes de géographie d'Europe qu'un dément précoce de 20 ans exécute de tête, sans aucun modèle, ni aucun livre à portée de sa main, et d'une façon stéréotypée. Il commence par tracer le dessin général de l'Europe, avec ses frontières, ses chaînes de montagnes et ses cours d'eau. Puis, il y dispose les grandes villes et ensuite les complète jusqu'à arriver, parfois, à des surcharges illisibles. Les erreurs commises sont relativement rares et légères. Pour la France, il indique toutes les sous-préfectures des départements, mais sans bien respecter l'orientation qu'elles ont entre elles. Les grandes villes sont exactement indiquées le plus souvent. Sur chaque carte écrite à part, et sans consulter les autres, il commet les mêmes erreurs.

Ce sujet méritait de prendre place dans la collection des aliénés dessinateurs déjà étudiés, notamment par Mohr (Dessins des aliénés et leur valeur diagnostique, *Nacke Zeitschrift, f. d. neuro. und psych.,* 17/483/13, *Kübitz Zeitschrift, f. d. neuro. und psych.,* 13/153/12). — Rogues de Fursac (Ecrits et dessins des aliénés, 1905, Paris). — Leroy (Dessins d'un dément précoce, *Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale,* 1912). — A. Marie (Dessins stéréotypés des aliénés, *Bulletin de la Société de Médecine mentale,* 1912). — A. Marie et Pailhas, *Bulletin de la Société de Médecine mentale,* 1912, n° 8.

B. — Neurologie

LA CHRONAXIE DANS LA DÉGÉNÉRESCENCE NEURO-MUSCULAIRE ET LA MYOPATHIE

par Georges Bourguignon
Chef du laboratoire d'électro-radiothérapie de la Salpêtrière.

I. — La Chronaxie normale.

Des lois de Hoorweg (1894) et de Weiss (1901), Lapicque a tiré (1903-1905) une mesure de l'excitabilité qu'il appelle *Chronaxie.* La *chronaxie* est le temps de passage du courant nécessaire pour obtenir le seuil de la contraction avec une intensité double de celle qui donne le seuil avec le courant galvanique. Le seuil galvanique est appelé, par Lapicque, *Rhéobase.*

On peut mesurer indirectement la chronaxie au moyen des décharges de condensateurs.

A la suite d'une série de travaux commencés en 1914, je suis arrivé à donner, en 1916 (1), une technique de mesure de la chronaxie à travers les téguments, chez l'homme, au moyen des décharges de condensateurs. La résistance du circuit que j'ai constitué étant de 10.500 ω en moyenne, la chronaxie est mesurée par le produit C × 0,004, dans lequel C représente, en microfarad, la capacité qui donne le seuil avec le voltage double de celui du seuil galvanique.

Grâce à cette technique, je suis arrivé à établir la valeur de la chronaxie normale des différents muscles des membres de l'homme et à en tirer quelques lois physiologiques :

1° La chronaxie classe les muscles des membres de l'homme suivant leurs fonctions ;

2° Tous les muscles synergiques d'un même mouvement ont la même chronaxie;

3° Les muscles antérieurs ont toujours une chronaxie plus petite que les muscles postérieurs ;

4° Pour une même fonction, la chronaxie est plus élevée au segment distal qu'au segment proximal du membre.

5° La chronaxie est la même pour le muscle et son nerf moteur.

Les chronaxies normales sont comprises entre 0s,0001 et 0s,0006. Au membre supérieur, elles se répartissent de la façon suivante :

1er groupe. — Fléchisseurs du bras, plus le vaste interne : 0s,0001 ;

2e groupe. — Extenseurs du bras (moins le vaste interne) : 0s0002 ;

(1) Acad. des Sciences. 19 juin, 17 juillet 1916, 29 janvier 1917, 29 mai 1917. — Société de Biologie, 17 juin 1916. 1er juillet 1916. — *Revue Neurologique*, avril-mai 1917. — Société d'Electrothérapie, janvier-février 1920. — Congrès de Physiologie. Paris, juillet 1920.

3e groupe. — Fléchisseurs à l'avant-bras et à la main, plus les radiaux: 0s,00028.

4e groupe. — Extenseurs à l'avant-bras (moins les radiaux) 0s,00055.

Les limites de variation au membre inférieur sont les mêmes qu'au membre supérieur.

Passant alors à l'étude de la chronaxie en pathologie neuro-musculaire, j'ai étudié d'abord la dégénérescence neuro-musculaire et la myopathie. Je n'ai pas encore eu l'occasion d'étudier la maladie de Thomsen, mais je crois pouvoir étendre à cette affection les résultats que j'ai trouvés dans la myopathie.

II. — La Chronaxie dans la dégénérescence

a) Dans la dégénérescence neuro-musculaire, on trouve deux formes pathologique de la contraction : la *lenteur* et le *galvanotonus.*

Quand la contraction est *lente,* accompagnée ou non de galvanotonus, la chronaxie s'élève toujours de 50 à 200 fois sa valeur et plus ; elle est comprise entre 0s,01 et 0s,06 ou 0s, 07.

Quand la contraction est *galvanotonique,* sans lenteur, la chronaxie est toujours inférieure à 0s,01. Elle s'élève à des valeurs comprises entre 20 fois la normale et 0s'008.

Lorsque la chronaxie pathologique ne s'élève qu'à des valeurs inférieures à 20 fois la normale, la contraction n'est pas altérée ; il n'y a pas de RD au sens classique du mot.

b) Quand il y a RD, on a l'habitude de distinguer la RD totale, dans laquelle le nerf est inexcitable, de la RD partielle, dans laquelle l'excitabilité du nerf est conservée.

1° RD totale.

L'étude de la chronaxie permet d'établir des degrés dans la RD totale et d'en suivre l'évolution. Ainsi, dans un cas de suture du médian au poignet, j'ai pu suivre et prévoir la réparation bien avant la transformation de la RD totale en RD partielle. La restauration clinique était complète quand j'ai dû cesser de suivre le malade.

2° RD partielle.

Dans la RD partielle, l'examen classique montre que la contraction est toujours lente ou galvanotonique par excitation longitudinale, et vive par le nerf. Au point moteur, elle est, au pôle négatif, suivant le cas, vive ou lente.

L'étude de la chronaxie montre que la chronaxie est toujours petite sur le nerf (normale ou seulement 4 à 5 fois plus élevée que la normale) et toujours élevée par excitation longitudinale, et sa valeur est celle de la contraction lente ou du galvanotonus.

Au point moteur, la chronaxie est en général intermédiaire, se rapprochant de celle du nerf quand la contraction est vive, se rapprochant de celle de l'excitation longitudinale quand la contraction est lente ou galvanotonique.

Cela prouve que le muscle en RD partielle est composé de deux sortes de fibres, des fibres pathologiques et des fibres normales. Par le nerf, on prend la chronaxie des fibres normales. Par excitation longitudinale, on prend la chronaxie des fibres

dégénérées. Au point moteur, on prend une chronaxie qui est une sorte de chronaxie moyenne, se rapprochant de l'une ou de l'autre, suivant le rapport du nombre des fibres saines au nombre des fibres dégénérées.

III. — La chronaxie dans la myopathie.

Dans la myopathie, l'étude de la chronaxie m'a permis de confirmer mes conclusions tirées de ma découverte des réactions myotonique et galvanotonique dans la myopathie et justifie le rapprochement que j'avais fait entre la myopathie, le Thomsen et la dégénérescence (1).

En effet, chez les myopathiques, les muscles qui, au début de leur évolution, présentent soit la myotonie, soit le galvanotonus, se comportent comme les muscles en RD partielle. La chronaxie du nerf reste normale ou sensiblement normale, tandis que dans l'excitation longitudinale, la chronaxie est la même que dans la dégénérescence.

Quand la contraction est myotonique, la chronaxie a la même valeur que lorsque la contraction est lente dans la dégénérescence, comprise entre $0^{s},01$ et $0^{s},06$ à $0^{s},07$.

Quand la contraction est galvanotonique, la chronaxie a la même valeur dans la myopathie que dans la dégénérescence, comprise entre 20 fois la normale et $0^{s},008$.

Au contraire, dans les muscles très atrophiés qui, arrivés au terme de leur évolution, ne donnent plus de contractions pathologiques, mais seulement des contractions vives mais d'amplitude faible, la chronaxie est normale ou très peu élevée, aussi bien sur le nerf que sur le point moteur et par excitation longitudinale ; c'est aussi ce qu'on trouve dans les muscles incomplètement réparés après dégénérescence.

En résumé, la chronaxie apporte une confirmation remarquable de mes travaux antérieurs et justifie la synthèse que j'ai proposée des lésions musculaires dans la myopathie, le Thomsen et la dégénérescence. Elle permet de suivre de très près l'évolution des processus pathologiques neuro-musculaires.

Au point de vue pratique, son importance est plus grande au point de vue pronostic et indications thérapeutiques, qu'au point de vue diagnostic.

Au point de vue physiologique, son étude éclaire d'un jour nouveau la physiopathologie nerveuse.

M. Hesnard, de Bordeaux. — Mes recherches confirment celles de M. Bourguignon, à qui je demanderai si la réaction galvanotonique est un élément constant de la réaction de dégénérescence.

M. Bourguignon. — La contraction galvanotonique est un élément constant de la réaction de dégénérescence, en ce sens qu'elle existe toujours à un moment donné du processus de dégénérescence.

Mais elle n'existe pas pendant toute l'évolution de la dégénérescence.

La contraction galvanotonique existe toujours au début de la dégénérescence, avant l'apparition de la lenteur. La chronaxie est alors encore inférieure à $0^{s},01$.

(1) Congrès international de Médecine de Londres, août 1913. — *Archives d'Electricité médicale expér. et clin.*, 25 sept. 1913. — *Archives d'Electricité médicale et de Physiothérapie*, 10 juillet 1916.

Puis, lorsque la lenteur apparaît, il y a une période de coexistence de la lenteur et du galvanotonus ; la chronaxie atteint alors des chiffres oscillant autour de 0s,01.

L'évolution continuant, la lenteur devient de plus en plus prononcée et le galvanotonus disparaît ; la chronaxie est alors supérieure à 0s,02 et peut atteindre jusqu'à 0s,06 ou 0s,07.

C'est là ce qu'on peut appeler la période d'état de la RD ; elle correspond à l'état des muscles en dégénérescence depuis six semaines à trois mois.

Plus tard, le galvanotonus reparaît et, parallèlement, la chronaxie diminue.

Galvanotonus et lenteur sont deux degrés d'une même réaction, qui sont tous deux caractéristiques de la dégénérescence, mais à des périodes différentes de son évolution. Il ne faut pas, en outre, oublier que le galvanotonus se trouve aussi, comme je l'ai montré, dans la myopathie, et je puis dire aussi dans la maladie de Thomsen.

CONTRACTIONS RÉFLEXES PAR EXCITATION ÉLECTRIQUE DANS CERTAINES MALADIES CÉRÉBRALES ET MÉDULLAIRES

par Georges Bourguignon
Chef du laboratoire d'électro-radiothérapie de la Salpêtrière

et Henri Laugier
Préparateur de physiologie à la Faculté des Sciences

Les recherches que nous publions ici datent de 1912 et 1913. Les circonstances nous ont empêchés de les publier en leur temps et nous ont forcés à les interrompre momentanément. Avant de les reprendre, nous croyons utile de donner les résultats acquis.

C'est chez un malade atteint de paraplégie spasmodique d'Erb que nous avons remarqué, au cours d'un électro-diagnostic des muscles de la cuisse, l'existence d'une double contraction, dont la deuxième partie nous parut de nature réflexe.

Dans le but de résoudre cette question, nous avons institué quelques expériences, avec inscription graphique, dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer, faute de place, mais qui ont abouti aux constatations suivantes :

1° Une électrode étant placée au point moteur du vaste interne, on observe deux contractions successives dans le muscle ;

2° En élevant l'intensité, on obtient, en outre, une contraction dans le quadriceps du côté opposé ; mais elle est unique, correspond à la deuxième partie de la double contraction du côté excité et elle a un temps perdu plus long ;

3° En plaçant l'électrode en dehors du point moteur, et en particulier sur un os, condyle fémoral ou face interne du tibia, on supprime la première contraction et on n'obtient que la deuxième partie de la contraction, en même temps que la contraction du côté opposé ;

4° Si l'on diminue l'intensité jusqu'à n'avoir plus de réaction, on voit qu'une intensité inefficace devient efficace par la sommation des excitations. On obtient alors une contraction ondulée avec autant de sommets que d'excitations. Ce fait est en accord avec les expériences récentes d'Adrian sur le réflexe chez la grenouille, d'après lesquelles une excitation unique de la racine postérieure produit une réponse réflexe qui est une secousse et non un tétanos.

On obtient les mêmes phénomènes en remplaçant l'excitation monopolaire par une excitation bipolaire, les deux électrodes étant placées sur la face interne du tibia.

Nous avons observé les mêmes phénomènes après l'excitation galvanique et avec l'excitation faradique.

Ces expériences permettent donc d'affirmer que la contraction que nous étudions est bien un réflexe localisé à un muscle ou un groupe de muscles et provoqué par une excitation électrique de la peau, ou mieux, cutanéo-périostée.

Nous avons ensuite cherché à obtenir ce réflexe chez l'homme normal. Jusqu'à présent, nous n'avons pas réussi à l'obtenir.

Par contre, nous l'avons obtenu dans des états pathologiques très divers qu'on peut grouper ainsi :

1° *Lésions du faisceau pyramidal :* paraplégies spasmodiques, hématomyélie, hémiplégie ;

2° *Lésions du neurone sensitif :* tabes; mais nous ne pouvons dire si tous les tabétiques présentent ce réflexe ; il nous paraît probable que ce sont seulement ceux qui ont des signes d'irritation et des douleurs qui le présentent ;

3° *La tétanie.*

Suivant les cas, le réflexe reste unilatéral ou devient bilatéral.

Nous avons pu nous rendre compte que, dans les cas où le réflexe passe facilement d'un côté à l'autre, on l'obtient avec le même rythme de sommations des deux côtés, tandis que lorsqu'il ne passe pas d'un côté à l'autre, ou bien il ne peut s'obtenir que d'un côté — comme c'est le cas chez les hémiplégiques — ou bien, s'il s'obtient séparément de chaque côté, le rythme de la sommation est différent à droite et à gauche.

Tels sont les faits que nous avons actuellement constatés.

Ils sont à rapprocher des réflexes de défense et d'automatisme médullaire étudiés par Babinski, Pierre Marie et Foix, et dont Strohl a fait une étude complète dans sa thèse (1913). Mais les réflexes que nous étudions en diffèrent en ce sens que, s'ils coexistent toujours avec les réflexes de défense ou d'automatisme médullaire, ils peuvent exister sans eux, et en ce qu'il s'agit de contractions réflexes localisées à un seul muscle ou à un groupe de muscles.

Ils ne sont d'ailleurs pas absolument nouveaux, car Erb, dans son *Traité d'Electrothérapie* (1), a étudié, sous le nom de contractions diplégiques, des phénomènes vus par Remak, Bénédikt, etc., alors mal interprétés à cette époque et qui paraissent bien être ceux que nous avons observés. Erb leur suppose d'ailleurs une nature réflexe, sans appuyer son hypothèse sur aucune expérience. C'est la démonstration de cette hypothèse que nous fournissons aujourd'hui.

Il est à remarquer que Erb dit que ce réflexe électrique a été trouvé chez des paraplégiques, les hémiplégiques et dans le tabes (2).

En reprenant cette étude à la lumière des expériences de Sherrington, d'une part, et des études de Lapicque sur la vitesse d'excitabilité de la moelle, d'autre part, ces faits pourront vraisemblablement servir à établir un véritable électro-diagnostic de la moelle en donnant des renseignements sur l'état relatif des différents neurones dont le carrefour est au niveau de la corne antérieure de la moelle.

---

(1) *Publications françaises*, 1884, pages 203, 204 et 205.

(2) *Loc. cit.*, p. 205.

LA CONTRACTURE LATENTE DES CONVALESCENTS DE TÉTANOS

par M. Monier-Vinard, de Paris.

Au cours de la guerre, notre attention a été attirée par le fait suivant : Un blessé qui avait été atteint de tétanos, ayant dû être opéré, alors que depuis plusieurs semaines les phénomènes tétaniques avaient complètement disparu, les muscles ayant en apparence récupéré leur tonus normal, présenta, au cours de l'anesthésie chloroformique, un état de contracture tonique exactement semblable, par sa forme et son degré, à celle qui existait au cours du tétanos. La contracture persista tant que dura l'anesthésie et prit fin avec elle.

Le même phénomène s'est reproduit avec une constance rigoureuse chez cinq autres sujets dont la guérison clinique apparente du tétanos datait de trois à huit semaines. Par contre, rien d'anormal ne se produisit chez un blessé guéri du tétanos depuis dix-sept mois.

Le phénomène que nous rapportons consiste dans la réapparition de la contracture tétanique sous la forme même que revêtit le tétanos au cours de son évolution. S'il fut partiel, c'est dans le même territoire limité qu'apparaissait la contracture ; s'il fut généralisé, la totalité des muscles entrait en contracture.

La nature de l'anesthésique employé est sans influence sur l'apparition du phénomène ; le chloroforme, l'éther, le protoxyde d'azote furent tour à tour utilisés et le résultat fut toujours exactement le même. C'est au moment où l'anesthésie est la plus profonde que la contracture existe au plus haut degré. Elle se dissipe progressivement dès que la narcose est suspendue.

De ces faits, nous tirons les conclusions suivantes :

1° L'imprégnation tétanique des centres nerveux persiste, sous une forme latente, bien au delà du moment où la guérison clinique du tétanos paraît être complète. Cette imprégnation peut durer au moins deux mois ;

2° La toxine tétanique agit comme un poison électif du neurone moteur bulbo-spinal. Le phénomène que nous décrivons nous paraît aller à l'encontre de l'opinion des auteurs qui ont soutenu que la toxine tétanique agissait sur le protoneurone sensitif à la façon de la strychnine. C'est, en effet, au moment où la sensibilité consciente et la réflectivité certaine sont abolies qu'apparaissent les contractures. Tout se passe comme si l'abolition par la narcose des fonctions d'inhibition corticale permettait à l'hypertonie latente du neurone moteur périphérique de se révéler.

M. Sicard, de Paris. — Ce que M. Monier-Vinard a observé dans la chloroformisation, je l'ai observé à la suite de divers états toxiques ou infectieux. Chez d'anciens tétaniques, la fièvre, un léger excès éthylique, le simple changement de temps suffisent à faire réapparaître les contractures.

M. Hartenberg, de Paris. — J'ai observé les mêmes faits sous l'influence de l'intoxication passagère par la strychnine. D'ailleurs, l'opinion classique qui attribue les convulsions strychniques à une action sur les centres sensitifs est erronée, et j'estime que le poison irrite les cornes antérieures. Il y a similitude complète à ce point de vue entre la strychnine et la toxine tétanique, car, après

une injection par cet alcaloïde, on peut constater, longtemps après que l'état normal paraît récupéré, de l'exagération des réflexes et le signe des orteils.

M. Logre, de Paris. — L'examen électrique ne permet-il pas de faire rétrospectivement le diagnostic de tétanos ?

M. Monier-Vinard. — Je n'ai pas eu occasion d'observer l'apparition de la contracture tétanique dans les influences énoncées par M. Sicard. Je conçois comme possible que, au cours de l'alcoolisme aigu, la contracture tétanique latente apparaisse comme dans l'anesthésie chloroformique.

L'interprétation qu'apporte M. Hartenberg sur le mode d'action de la strychnine est en désaccord avec les études faites sur ce sujet par Vulpian. Les faits que je rapporte relativement à la toxine tétanique me paraissent uniquement mettre en jeu le neurone moteur.

L'examen électrique montre une perturbation chez de tels malades, longtemps après la guérison. Avec M. Gauducheau, nous avons observé la réaction myotonique et la réaction galvanotonique persistante dans les muscles où la contracture fut particulièrement durable et accentuée.

RECHERCHES SUR LES CARACTÈRES DU CLONUS ROTULIEN « VRAI » ET CONSIDÉRATIONS SUR LE CLONUS EN GÉNÉRAL

par J.-A. Barré, de Strasbourg

Les recherches faites en vue de préciser les caractères d'un clonus vrai ont surtout porté sur le clonus du pied ; celui de la rotule n'a pas autant fixé l'attention des neurologistes.

On a dit que le vrai (1) clonus est régulier, inépuisable, et qu'il a lieu en dehors de toute contraction volontaire du quadriceps, cette contraction gênant le clonus « parfait » plutôt qu'elle ne le favorise comme l'a indiqué M. Babinski.

Ces caractères s'observent fréquemment, en effet, et suffisent, dans un grand nombre de cas, à spécifier le type du clonus ; mais il s'en faut que tous les clonus vrais soient réguliers et inépuisables, et trop souvent le caractère vrai ou faux de la danse de la rotule est jugé d'après la coïncidence, ou du clonus du pied mieux connu, ou d'autres signes pyramidaux.

En comparant entre eux de nombreux cas de clonus rotuliens, les uns indiscutablement vrais, les autres vraisemblablement faux, nous avons fait plusieurs remarques que nous allons exposer.

1° Dans le clonus rotulien vrai, la rotule qu'on vient d'abaisser brusquement reste en position basse pendant la série des oscillations rythmiques, et demeure sur place ou s'abaisse à peine quand la danse s'arrête.

Au contraire, dans le cas de faux clonus, la rotule s'élève avant d'osciller rythmiquement, danse en position haute, et s'abaisse nettement quand cesse la série des secousses. Ce mouvement en sens inverse du début et de la fin du faux clonus est facile à percevoir et à distinguer de la série des oscillations de la rotule ; il nous

(1) Ce qualificatif, consacré par l'usage, est passible de bien des critiques, mais ne crée pas de malentendu ; nous montrerons plus loin que celui de « pyramidal », employé souvent comme synonyme, pèche peut-être par trop de précision.

paraît dû à l'état de contraction plus ou moins volontaire ou subconsciente du quadriceps qui se produit presque immédiatement après qu'on a abaissé la rotule d'un mouvement brusque et parfois même dès qu'on touche le tégument ou, de manière paradoxale, dès que l'on demande au sujet de relâcher son muscle.

Pour opposer par ce caractère les deux variétés de clonus, nous employons souvent les expressions raccourcies de *danse de la rotule en position basse* (clonus vrai) et de *danse en position haute* (faux clonus).

2° Plusieurs fois nous avons observé le fait suivant : quand on a affaire à un vrai clonus, un courant faradique appliqué avec deux électrodes sur le quadriceps et dont on augmente progressivement l'intensité, arrête la danse rotulienne dès qu'il est assez fort pour provoquer une contraction du muscle; dans les mêmes circonstances, un faux clonus peut continuer et devenir passagèrement plus rapide.

3° D'autre part, nous avons fréquemment observé que dans le cas de lésion pyramidale avec danse de la rotule plus ou moins accentuée et facile à produire, la rotule examinée *au repos et en dehors de toute recherche du clonus* n'avait plus sa grande et facile mobilité latérale et verticale, qu'il était plus difficile de la faire basculer en appuyant successivement sur son bord supérieur et sa pointe, que le tendon rotulien était plus tendre et moins dépressible, et tout cela, même quand les faisceaux accessibles à la palpation du quadriceps étaient mous et en état de flaccidité au moins apparente.

Pour nous résumer, nous avons été souvent frappé du désaccord curieux qui semblait exister entre la *fixité de la rotule* et la flaccidité apparente du quadriceps chez des sujets atteints de lésion pyramidale avec clonus vrai de la rotule.

De plus, il nous a semblé que fréquemment, *pendant le clonus vrai,* on ne percevait *aucune contraction directe du droit antérieur,* tandis que les contractions successives de ce chef du quadriceps étaient perçues et visibles dans le cas de faux clonus.

Dans le but d'expliquer ces deux groupes de constatations apparemment incompatibles, nous avons pensé que la rotule qui était certainement fixée, pouvait être au repos par la contracture tonique du muscle crural qui se cache en partie sous le droit antérieur et que masquent aussi les vastes interne et externe, de même qu'elle pouvait être animée, pendant la recherche du clonus, par les contractions rythmées de ce même crural.

Si les faits que nous venons de signaler étaient constatés par d'autres neurologistes, et si l'explication que nous en exposons était acceptée, le clonus rotulien vrai ou pyramidal serait un *clonus du crural* (ou du crural et du vaste interne), de même que le clonus du pied est un *clonus du soléaire* (1), ainsi que nous l'avons dit avec M. Guillain (2), après Weir Mitchell.

Ces deux phénomènes, un peu surprenants *a priori,* constitueraient deux exemples d'une véritable *dissociation fonctionnelle* dans la contractibilité réflexe de groupes musculaires qui agissent synergiquement dans la plupart des mouvements volontaires physiologiques.

Nous avions fait ces différentes recherches et abouti aux propositions qui viennent d'être formulées, quand nous avons trouvé, dans un travail de Sherrington sur les réflexes tendineux et osseux (3), la note suivante : « Muscles intéressés dans

(1) Peut-être aussi des muscles de la loge profonde, mais sans participation des muscles jumeaux.

(2) Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 7 avril 1916.

(3) *A system of medicine.* 1910. Tome VII, page 302.

le réflexe rotulien : Vaste interne et crural principalement (Chiefly), vaste externe légèrement, droit antérieur, pas du tout. »

L'idée d'une dissociation fonctionnelle dans certains réflexes tendineux que nous avons d'abord émise avec M. Guillain, à propos du clonus du pied, et à laquelle nous revenons à propos du clonus de la rotule en nous basant sur des recherches cliniques, trouve dans les faits signalés par le savant physiologiste un précieux appoint et gagne beaucoup en vraisemblance.

Mais la contribution que nous apportons à l'explication des clonus du membre inférieur, et le rôle que nous sommes porté à donner à sa contracture de telle ou telle partie juxta-osseuse d'un groupe musculaire, nous mène à envisager une possibilité qui était d'abord loin de notre esprit ; nous nous demandons si en dehors des cas où il s'agit de contracture par atteinte du faisceau pyramidal, *certaines contractures réflexes à point de départ périphérique* ne pourraient pas déterminer la production d'un *clonus vrai.*

Ainsi s'expliquerait simplement le fait d' « épilepsie spéciale consécutive à une blessure du talon » signalé par M. Souques (1), celui de « clonus unilatéral du pied pendant l'anesthésie chloroformique en rapport avec une lésion traumatique de la malléole externe », par MM. Alquier et Hagelstein (2), ceux de Noïca, dans sa très intéressante étude du clonus vrai et du clonus artificiel (3), pour ne citer que certains cas publiés en ces dernières années.

A nos yeux, clonus vrai tend à ne plus être synonyme de clonus pyramidal.

D'autre part, en se rappelant que dans certains cas le crural peut être contracturé sous un droit antérieur flasque, en manifestant seulement sa *contracture tonique* par la fixité de la rotule, non encore remarquée jusqu'ici croyons-nous, et sa *contracture clonique* par la danse de la rotule, on arrivera sans doute à admettre que l'indépendance entre la contracture et l'exagération des réflexes tendineux est beaucoup moins fréquente qu'on ne le croit actuellement encore.

Enfin, le *faux clonus*, qu'on ne s'est guère attaché à étudier jusqu'à maintenant que pour le différencier sûrement du vrai clonus, est peut-être autre chose qu'une variante de l'état normal; on peut penser qu'il a une valeur séméiologique propre et qu'il traduit un état de réflectivité spécial, voisin de l'état physiologique et différent de celui que certaines irritations pyramidales ou d'origine périphérique peuvent engendrer.

M. Bourguignon, de Paris. — Dans les mouvements volontaires, tous les muscles d'un même groupe ne se contractent pas toujours. Ainsi, pour le triceps sural, il est facile de voir sur soi-même que l'extension du pied sur la jambe est produite par la contraction isolée du soléaire quand la jambe est fléchie sur la cuisse, tandis qu'elle est due à la totalité du triceps, quand la jambe est étendue sur la cuisse. Il y a peut-être quelque chose d'analogue dans le jeu des différentes portions du quadriceps crural.

De plus, la chronaxie diffère dans les jumeaux et le soléaire.

---

(1) Société de neurologie de Paris, 5 avril 1915. (*Revue neurologique*, n° 17-18, p. 487.)

(2) Société de neurologie de Paris, 6 mai 1915. (*Revue neurologique*, n° 19, p. 553.)

(3) Etude sur la symptomatologie et sur le mécanisme du vrai clonus et du clonus artificiel. (*Revue neurologique*. 1917, n°s 8-9, pages 55-61)

LE SIGNE DE L'ÉCARTEMENT DES DOIGTS NOUVEAU SIGNE DES PARALYSIES OU PARÉSIES DU MEMBRE SUPÉRIEUR PAR ALTÉRATION DU FAISCEAU PYRAMIDAL

par J.-A. Barré, de Strasbourg.

Les signes qui permettent de faire le diagnostic d'une hémiplégie accentuée et de sa nature sont désormais très nombreux, et il y aurait peu d'intérêt à en allonger la liste.

Au contraire, le diagnostic positif d'une hémiparésie, d'une hémiparésie légère surtout, présente souvent encore des difficultés.

J'ai fait connaître récemment une manœuvre, la *manœuvre de la jambe* (1), qui permet de dépister presque toujours, et d'une manière sûre, la paralysie et la parésie organiques par lésion du neurone central qui intéressent le membre inférieur

J'ai l'honneur de présenter aujourd'hui un signe capable de mettre en évidence les troubles de même nature et dus à des perturbations du même neurone qui peuvent frapper le membre supérieur : le *signe de l'écartement des doigts.*

Un sujet normal, droitier ou gaucher, à qui l'on commande d'écarter au maximum les doigts des deux mains mises en face l'une de l'autre et à quelques centimètres, exécute ce mouvement sans difficulté et avec une force et une amplitude très sensiblement égales. La vue suffit à s'assurer que le degré d'écartement est le même ; des essais comparés de rapprochement des doigts, des deuxième et quatrième doigts, par exemple, permettent, par ailleurs, à l'observateur d'apprécier la force d'écartement des doigts homologue des deux mains. Amplitude, force d'écartement sont donc très généralement égales chez les sujets normaux, nous nous en sommes assuré un grand nombre de fois.

Existe-t-il une paralysie ou une parésie du type que nous avons désigné, les doigts s'écartent moins et avec moins de force, du côté du déficit moteur : c'est là le signe de l'écartement des doigts.

Quand on le cherche, il est bon de faire fermer les yeux au malade qui exécute la manœuvre. De même, il peut être avantageux de lui faire appliquer les doigts écartés sur une feuille noircie pour pouvoir conserver une image de l'épreuve, ou sur chaque face d'une lame de verre pour étudier à loisir les caractères du signe. Force et amplitude d'écartement des doigts peuvent déjà être notablement diminués quand le sujet se plaint à peine d'une faiblesse légère qui pouvait rester douteuse, et alors que le dynamomètre ordinaire ne montre pas de différence supérieure à celle qu'il est normal d'observer entre la force de flexion des doigts, beaucoup plus variable, semble-t-il, d'un côté à l'autre, chez le sujet sain, que celle d'écartement.

Ce signe nous a donc paru très *sensible ;* il précède l'apparition du signe de Raimiste (2), et même de celui de Raugazzini (3). Il n'a rien de commun avec le

(1) La manœuvre de la jambe. Nouveau signe objectif des paralysies ou parésies dues aux perturbations du faisceau pyramidal. — (*Presse Médicale* n° 79, du 24 décembre 1919.)

(2) *Revue neurologique* 1913, t. I, p. 652.

(3) *Revue neurologique* 1915.

« phénomène des interosseux » de mon maître Sonques, qu'on observe en même temps que beaucoup d'autres, dans certains cas d'hémiplégie avec contracture.

Il peut constituer, à lui seul, toute ou presque toute la symptomatologie objective des parésies du membre supérieur (1). Récemment, chez un sujet atteint de troubles cérébelleux d'un côté et se plaignant de faiblesse homolatérale, la présence du signe de l'écartement du côté opposé a pu permettre de dépister une atteinte du faisceau pyramidal de ce côté, que rien d'autre ne signalait d'abord à l'attention.

Ce signe de l'écartement des doigts qui peut se montrer l'un des premiers quand une hémiplégie se développe progressivement, peut constituer l'un des derniers reliquats d'une hémiplégie qui disparaît.

Pour que le signe en question ait toute sa valeur, il est essentiel d'avoir éliminé préalablement l'existence de déformation des doigts, d'atrophie par lésion du neurone périphérique des muscles de la main, de gêne mécanique (osseuse artriclaire ou tendineuse) et de lésions des nerfs moteurs du membre, du cubital surtout.

Le signe de l'écartement s'ajoutera heureusement, croyons-nous, à la séméiologie relativement pauvre des paralysies légères du membre supérieur par altération pyramidale. Il est, comme la manœuvre de la jambe, un signe *direct* de paralysie, et nous paraît jusqu'à maintenant plus constant, plus précoce et plus durable que les signes de contracture, de sureffectivité ou d'hypotonie, auxquels on s'en rapporte ordinairement pour établir le diagnostic de lésion pyramidale.

M. René Charpentier, de Paris, demande à M. le professeur Barré si, dans le signe qu'il vient de décrire, on n'observe pas, en même temps que la réduction de leur écartement, un léger degré de flexion des doigts du côté parésié, ainsi qu'il arrive dans le signe décrit par M. Dufour.

M. Barré confirme l'existence de cette légère flexion des doigts accompagnant leur écartement.

TROUBLES SYMPATHIQUES ÉTENDUS ET VIOLENTS DU MEMBRE SUPÉRIEUR PAR TUMEUR DE LA DERNIÈRE PHALANGE DU MÉDIUS. — GUÉRISON

par J.-A. Barré.

Je voudrais, en quelques mots, vous relater les principaux traits d'une observation curieuse poursuivie à la clinique pendant plus d'un an et terminée par la guérison complète.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, sans tare physique et de belle santé apparente, qui se présenta au mois de mai 1919 parce qu'elle souffrait dans tout le membre supérieur gauche et cela depuis cinq ans.

Voici ce qui s'était passé. Un jour, en classe, le dessus de son pupitre lui tomba sur l'ongle du médius de la main gauche : douleur brusque et vive, apparition d'une tache bleue sous l'ongle, puis disparition rapide de la douleur.

(1) Nous ne pouvons dire comment il se comporte dans le cas d'hémiplégie pithiatique, car depuis une dizaine de mois que nous le recherchons, nous n'avons pas observé un seul cas d'hémiplégie hystérique, devenue beaucoup plus rare depuis les travaux de M. Babinski.

Jusqu'ici, rien que de très banal ; mais, quelques semaines après ce traumatisme léger, apparaissent, d'abord sur le côté cubital, puis sur la face radiale du médius, des douleurs d'un type nouveau « qui lui portent au cœur » et qui montent peu à peu au poignet, à l'avant-bras et au bras, après s'être étendues à l'annulaire, où elles sont parfois très vives, et à toute la main (1). Peu à peu, les douleurs deviennent pour ainsi dire constantes ; sourdes à l'ordinaire, elles s'exaspèrent par moments, en même temps qu'elles se généralisent alors à l'épaule et à la moitié correspondante du thorax, et même jusqu'à la hanche, au moment des grandes crises.

Dans ces circonstances, la malade soutient sa main gauche avec respect, gémit et s'agite ; rapidement, spontanément, elle remarqua que l'immersion dans l'eau froide du médius et de l'annulaire la calmait généralement et, comme les grandes causalgiques dont la guerre a fourni tant d'exemples, elle avait pris l'habitude d'avoir toujours un verre d'eau à proximité et des compresses.

Les crises, d'abord espacées, se rapprochèrent ; certains mouvements spéciaux, une fausse position pouvaient réveiller la douleur, et la pression sur le médius, particulièrement sur la phalangette, pouvait déclancher une crise ; elle en arriva vite à ne plus se servir que très peu, et avec d'infinies précautions, de sa main et de son membre douloureux, à être une sorte d'infirme.

Quand nous la vîmes, en mai 1919, la main était plus étroite que la droite, les doigts effilés, les ongles plus longs, moins larges et un peu plus convexes, celui du médius surtout ; la peau était plus brillante et semblait plus fine ; les éminences charnues étaient un peu plus grêles et flasques, l'avant-bras un peu amaigri également (2). Mais tous les mouvements étaient faciles et amples, et la crainte de la douleur semblait seule limiter et diminuer quelque peu la force de pression des doigts ; le signe de l'écartement des doigts était négatif.

Aucun trouble de réactions électriques des nerfs et des muscles du membre douloureux.

Les réflexes tendineux et osseux, un peu vifs peut-être, étaient normaux et égaux à ceux du membre sain.

La sensibilité objective était rigoureusement égale sous tous ses modes, sauf sous le mode douleur (la piqûre étant peut-être un peu plus fortement perçue). La pression des différents trons nerveux n'était pas constamment ni particulièrement douloureuse ; la peau, les muscles, les nerfs, les vaisseaux étaient à peu près également sensibles à la pression.

Ainsi donc, l'exploration clinique ne dénotait aucune lésion appréciable du système cérébro-spinal sur le membre douloureux.

Mais la peau y était nettement plus chaude et plus moite, plus colorée et même plus pigmentée, semble-t-il ; les veines y faisaient des saillies plus marquées, aussi bien à la main qu'au pli du coude.

D'autre part, on observait du même côté, à la face, un syndrome de Claude-Bernard Horner complet qui s'était développé depuis peu, disait la malade, qui apporta à l'appui de son témoignage une photographie assez démonstrative.

Le *réflexe vasomoteur* était différent sur les deux mains et le *réflexe du mamelon* avait les caractéristiques suivantes : à gauche : premier plissement léger

---

(1) Notons, en passant, qu'il n'y a jamais eu aucune plaie ni aucune excoriation de la peau, ni aucun phénomène infectieux, visible ou toxique, connu.

(2) Voici les chiffres notés au premier examen : Transverse main gauche, 18 ; main droite, 19,5 ; poignet gauche, 16, droit, 16 ; avant-bras gauche, 22,5, droit, 25 ; bras gauche, 23,5, droit, 25.

à 2", plissement intense à 25", augmentation jusqu'à 55", diminution rapide ; le réflexe est terminé à 60" ; à droite : 2" — 20" — 60" — 85".

Le *réflexe pilomoteur* s'est montré très variable dans son intensité et sa répartition. Le *réflexe oculocardiaque* se manifesta par une accélération de 2 à 3 pulsations à la minute.

L'examen du reste du système nerveux se montra, par ailleurs, tout à fait négatif ; j'ajoute qu'une ponction lombaire, à laquelle la malade se prêta de bonne grâce, montra un liquide céphalo-rachidien tout à fait normal, et que la réaction de Bordet-Wassermann fut négative dans le sang et le liquide cérébro-spinal.

La pression artérielle mesurée avec notre appareil (plethysmooscillomètre) et inscrite est de 11 pour le maximum, 7 pour le minimum, à gauche comme à droite ; mais tandis que le maximum des oscillations atteint 7 à droite, il n'est que de 4,5 à gauche.

En présence de ces phénomènes et après avoir éliminé quelques hypothèses qui pouvaient se présenter à l'esprit (névrite ascendante, syndrome sympathique par irritation à la base du cou), nous avons pensé que ces douleurs à progression ascendante et à évolution paroxystique, intéressant tous les éléments du membre supérieur et s'accompagnant presque uniquement de troubles objectifs vasomoteurs, thermiques, sécrétoires et oculo-pupillaires semblaient traduire la souffrance du système sympathique et se trouvaient en relation étroite avec l'excitation qui partait toujours de la phalangette onguéale du médius.

Nous priâmes alors notre collègue, le professeur Sencert, de reséquer les nerfs collatéraux des doigts et de dilacérer les plexus sympathiques des artères collatérales. Cette intervention, bien qu'incomplète, soulagea la malade pendant quelques semaines, mais les crises reparurent.

Elles devinrent de plus en plus intenses, longues et fréquentes, enlevant tout sommeil à la malade et toute quiétude pendant le jour.

En même temps l'ongle du médius se courbait de plus en plus dans les deux sens ; ses bords pressaient douloureusement les tissus sous-jacents. De plus, et contrairement à ce qui eût dû se passer, s'il s'était agi d'un simple hématome sous-onguéal, la tache bleuâtre durait encore après cinq ans.

Nous pensâmes alors que quelque chose se développait sur place, qu'il s'était peut-être formé un kyste ou de l'hématome, et nous demandâmes à M. Sencert d'enlever l'ongle (26 avril 1920).

La pulpe apparut alors en forte saillie ; une incision y fut faite et on put énucléer une tumeur ovoïde de 12 millimètres dans son plus grand axe sur 5 environ. Elle soulevait l'ongle et s'encastrait de plus en plus dans le squelette de la phalangette qu'elle avait creusé en cupule, irritait d'une manière constante et progressivement plus forte les terminaisons nerveuses de toute la région. Le périoste fut curetté ; une hémorragie dura plusieurs jours à la suite de cette intervention ; des crises douloureuses atroces, presque subintrantes, apparurent dès que la cocaïne eut terminé son effet ; la malade n'eut aucun repos pendant deux jours et deux nuits ; les crises se multiplièrent malgré tous les moyens employés ; mais assez brusquement alors, le calme se manifesta ; les crises disparurent complètement.

La malade est restée dans le service pendant plus d'un mois ; sous nos yeux, le syndrome de Claude Bernard s'est atténué, ainsi que la dyssymétrie thermique et circulatoire.

Nous avons eu de ses nouvelles il y a quelques semaines encore. La guérison subsiste complète.

La tumeur a été examinée par notre collègue, le professeur Masson. Il s'agit d'une tumeur rare, d'un myoangiosarcome ; M. Masson en observa déjà un exemple et, dans le premier cas, il n'y eut pas de récidive.

Je me borne à l'exposé de ces documents qui ont à nos yeux la valeur d'une expérience et qui peuvent contribuer à éclairer un petit coin du vaste domaine de la physiologie et de la pathologie du sympathique.

M. Bourguignon. — Qu'est devenu le signe de Claude-Bernard Horner ?

M. Barré. — Il s'était progressivement atténué au moment où la malade a quitté le service.

M. Sicard. — Voilà un cas de plus où l'évolution des troubles et leur guérison par l'ablation de l'épine périphérique confirme l'hypothèse de leur pathogénie réflexe, en écartant celle d'une infection ascendante.

M. Bourguignon. — Dans toute lésion d'un nerf, il y a modification de la chronaxie du nerf symétrique du côté opposé du corps, ainsi que dans les nerfs du même côté qui ont une fonction associée à la sienne.

SUR LA PRESSION DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

par MM. Barré et Schrapf

MM. Barré et Schrapf estiment, d'après des observations de 310 rachicentèses faites à la clinique neurologique, la pression normale maximum du liquide céphalo-rachidien, mesurée avec le manomètre de Claude (qui leur paraît être le meilleur) à 20 c. pour la position allongée et à 40 c. pour la position assise, tête baissée. Ils considèrent comme pathologique toute pression qui dépasse 25 c. dans la première et 45 c. dans la seconde position. Le redressement de la tête en position assise élève la pression de 5 à 10 c.

Il est donc nécessaire de noter avec soin l'attitude du sujet pendant la ponction, pour donner au chiffre qui mesure la pression une valeur réelle.

Il est très utile également de consigner l'état de calme ou d'agitation dans lequel il se trouve, et si le pouls a varié en fréquence et en force pendant la ponction ; s'il y a lipothymie nette ou ébauchée. Pour prévenir ces différents facteurs, ils ont pris l'habitude de faire une injection d'un demi ou d'un centimètre cube de sédol dix minutes avant la rachicentèse, et d'anesthésier au chlorure d'éthyle la région de la piqûre.

Dans le cas où le liquide ne s'écoule pas, bien que l'opérateur, expérimenté, ait la conviction d'avoir traversé la dure-mère, il est bon de ne pas croire trop vite à une ponction blanche ; si le sujet est ému et pâle, et que son pouls soit devenu très faible, il faut attendre et traiter la lipothymie avant de retirer l'aiguille et de faire une nouvelle piqûre.

Ils ont pu noter les faits suivants chez une malade, atteinte de syphilis cérébro-spinale, qui eut plusieurs crises d'épilepsie bravais-jacksonnienne au cours de la ponction lombaire. En position horizontale, la pression est de 12 c. avant tout écoulement ; la crise survient, l'aiguille du manomètre monte rapidement à 40 puis, lentement, à 57 ; la crise cesse, la pression tombe progressivement à 40 et demeure à ce chiffre pendant 10 minutes ; entre la 10e et la 13e minute, elle descend douce-

ment à 32 ; on retire alors 2 cc. de liquide, qui s'écoule goutte à goutte, un peu coloré par du sang ; la pression mesurée ensuite est de 3 c. Au moment où l'on sépare l'appareil de Claude de l'aiguille, une nouvelle crise commence ; un jet de liquide s'échappe ; rapidement on mesure de nouveau la pression : 42 c.; à la fin de la crise, plus courte que la première, la pression est de 32 c. ; on retire 13 cc. de liquide; la pression est alors presque nulle.

Différentes observations faites sur l'écart entre les pressions initiale et terminale et sur l'absence de battements synchrones des pulsations artérielles, permettent de penser qu'on pourra en tirer parti dans le diagnostic des hypertensions céphalo-rachidiennes.

L'injection dans la cavité sous-arachnoïdienne du rachis, de quantités relativement importantes de certains liquides médicamenteux, paraît ne modifier que très peu, très passagèrement, et sans inconvénient, la pression du liquide céphalo-rachidien, qu'il y ait eu ou non issue préalable d'une certaine quantité de ce liquide.

SUR LES ALTÉRATIONS DU CYCLE MANOMÉTRIQUE DU RÉFLEXE OCULO-CARDIAQUE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE ET LE TABES

par

M. J. Roubinovitch
Médecin de l'Hospice de Bicêtre

M. J. Lauzier
Interne des Hôpitaux

et M. Laurent
Interne p^re des Hôpitaux de Paris

En recherchant le réflexe oculo-cardiaque chez des sujets normaux, des paralytiques généraux et des tabétiques avec *l'oculo-compresseur manométrique* de Roubinovitch, dont la description détaillée a paru dans l'*Encéphale* du mois de juillet 1920, et dont nous présentons un modèle au Congrès actuel, nous avons pu établir des *tracés cycliques* montrant l'évolution de ce réflexe sous l'influence des compressions plus ou moins intenses et mesurées d'une façon précise.

Les tracés concernant les quinze sujets normaux, de sexe et d'âge divers, démontrent d'une façon frappante que plus la compression des globes oculaires est forte, plus la bradycardie est considérable. Le tracé le plus typique a été obtenu chez une personne de 50 ans, exempte de tout trouble organique ou fonctionnel du système nerveux ; à 0 compression, le pouls est à 76 à la minute ; la compression des globes oculaires à 5^{cm} de mercure détermine un ralentissement de 4 pulsations ; à la compression de 10^{cm} de mercure, le pouls descend à 68 ; à 15^{cm} de mercure, il baisse encore à 64 ; à 20^{cm} de mercure, le pouls est à 60. En ramenant ensuite l'oculo-compresseur à 0, pour achever le cycle manométrique du réflexe, le pouls remonte rapidement à 76, c'est-à-dire au chiffre initial. Chez des sujets normaux, l'évolution du réflexe oculo-cardiaque se comporte de cette manière dans 80 % des cas. Tout autrement se présente le tracé cyclique du réflexe trigémino-vago-sympathique, exploré dans les mêmes conditions de compression manométrique des globes oculaires dans la paralysie générale progressive et le tabes.

Dans huit cas de paralysie générale progressive sur quatorze (57 %), le réflexe oculo-cardiaque, recherché par la compression de 0 à 20^{cm}, sans être totalement

absent, a été seulement notablement altéré dans le sens d'un *léger ralentissement* du pouls ; dans quatre autres cas de paralysie générale progressive (27 %), et quelle que soit la compression, l'altération a consisté en une *légère accélération* du pouls ; dans un seul cas de paralysie générale progressive avec tabes, le tracé cyclique indique une abolition complète du réflexe à n'importe quel degré de compression ; donc, dans 84 %, l'altération du R. O. C. de la paralysie générale progressive est constituée, soit par un léger ralentissement, soit par une légère accélération du pouls, à un certain degré de compression manométrique des globes oculaires, avec cessation de toute modification du pouls, dans un sens ou dans un autre, sous l'influence des compressions manométriques plus fortes.

Des constatations à peu près identiques ressortent de l'examen des tracés cycliques relatifs au réflexe oculo-cardiaque dans quatre cas de tabes.

Une autre conclusion à tirer de ces recherches est l'importance de l'introduction, dans la technique de l'étude du réflexe oculo-cardiaque, d'un instrument de mesure de compression, simple, précis, facilement maniable, qui seul permet de se rendre compte, cliniquement, au lit du malade, du cycle d'évolution du nombre de pulsations en rapport avec le degré manométrique de l'oculo-compresseur.

La valeur séméiologique du réflexe oculo-cardiaque dans la paralysie générale et le tabes sera d'autant plus grande que ce réflexe sera étudié d'une façon manométrique et sphygmographique non seulement dans les formes confirmées de ces affections des centres nerveux, mais encore et surtout aux périodes préparalytique et prétabétique.

En terminant, nous remercions MM. les docteurs Pagniez et Vurpas, médecins de l'hospice de Bicêtre, qui ont bien voulu mettre à notre disposition leurs services pour l'accomplissement de ce travail.

M. Sicard, de Paris. — Trop de facteurs interviennent dans la production du réflexe oculo-cardiaque pour qu'on puisse attribuer une valeur diagnostique très précise à ses modifications.

M. Cornil, de Paris. — Il existe deux autres réflexes plus stables que le réflexe oculo-cardio-modérateur dont la variation est si grande. Le réflexe oculo-cardio-dilatateur qui se recherche par la compression des yeux et l'examen radioscopique ou la percussion de la matité du cœur. Le réflexe oculo-vaso-dilatateur qui se recherche par la compression des yeux et le contrôle de l'oscillographe.

REMARQUES CRITIQUES SUR LE RÉFLEXE OCULO-CARDIAQUE

Par MM. J.-A. Barré et Crusem

Au cours des recherches que nous poursuivons sur la séméiologie des troubles sympathiques, nous avons été, naturellement, amenés à nous occuper du R. O. C.

L'abondance des publications déjà faites sur ce réflexe nous portaient à penser qu'une technique générale avait été donnée, que les résultats obtenus des divers côtés étaient ainsi comparables entre eux. A vrai dire, les renseignements donnés par les divers auteurs sur la technique manquent tout à fait de précision.

Doit-on presser avec force ou éviter la douleur ? On ne le dit pas.

Doit-on compter toutes les pulsations d'une minute, ou le nombre de pulsations pendant chacun des quarts ? On ne le dit pas davantage.

Or, nous nous sommes rapidement aperçus :

Que les effets d'une pression faible ou forte peuvent différer fortement et aboutir même à des résultats inverses ; nous avons vu, d'autre part, que la rapidité du pouls varie un grand nombre de fois pendant la compression et que le chiffre global, ordinairement seul donné, ne traduit pas ces différentes variations.

Ces simples considérations nous ont amenés à ces deux conclusions :

1° Qu'il fallait employer un appareil permettant de comprimer d'une manière connue et fixe;

2° Qu'on devait inscrire les modifications cardiaques provoquées, pour les étudier ensuite à loisir et en tirer un parti plus complet et plus légitime.

Pour ce qui est de l'appareil, nous nous servons d'un cylindre de cuivre de 200 à 300 grammes, déposé sur l'œil du sujet couché, et maintenu simplement vertical par une gaine dans laquelle il glisse librement, et nous avons appris avec plaisir que M. Roubinovitch en avait, de son côté, imaginé un plus commode peut-être dans son application, mais moins exempt de critiques, croyons-nous.

L'inscription graphique que nous avons réalisée d'une manière très simple et dont nous vous donnons ici quelques spécimens, permet d'étudier le réflexe, non pas d'après un plan préétabli et univoque, mais dans ses différentes modifications successives.

Voici un premier graphique qui montre qu'après vingt cinquièmes de seconde, pendant lesquels le pouls garde ses caractères de forme, d'amplitude et de fréquence, des pauses diastoliques se montrent et augmentent brusquement, en même temps que les pulsations diminuent de force; ces dernières modifications créant une seconde phase du réflexe, très nettement distincte, de ralentissement maximum de dépression cardiaque. Cette deuxième phase dure 23 secondes, et l'on voit ensuite le cœur reprendre un rythme moins lent et beaucoup plus régulier, qu'il garde pendant plus d'un quart de minute. La compression cesse-t-elle maintenant, le rythme cardiaque reprend plus ou moins rapidement son type antécompressif, après avoir ou non dépassé son rythme initial. Ce simple aperçu montre tout l'intérêt qu'il y a à étudier ce réflexe O. C. comme les autres réflexes : à chercher son seuil, son temps perdu, son intensité, son sens; il permet en outre de prévoir tout le parti scientifique qu'on pourra tirer d'une technique univoque, acceptée après discussion par les nombreux cliniciens qui s'occupent de ce réflexe.

A ces notions générales, nous pouvons ajouter quelques considérations cliniques pratiques.

Le type du réflexe peut changer chez un même individu à quelques jours d'intervalle. Suivant l'état d'émotivité initiale du sujet, la phase d'accélération peut être courte et faire place rapidement à un réflexe de ralentissement, ou, au contraire, durer longtemps et masquer ce réflexe.

Enfin, il ne nous paraît exister aucune relation fixe entre la modalité du R. O. C. et le type biologique, sympathico-tonique ou vagotonique, du sujet. Nous pouvons affirmer que chez les sympathico-toniques les plus typiques, nons avons très généralement observé un réflexe vagotonique.

En terminant, nous devons dire que ces critiques restrictions ne diminuent pas l'intérêt que nous semble mériter ce réflexe ; il nous semble seulement que les résultats publiés jusqu'à maintenant, si précis avec une technique si vague, doivent être soumis à un contrôle, et que la valeur séméiologique du réflexe gagnera beaucoup à être différée jusqu'au jour où une technique rigoureuse et univoque associée à une inscription graphique éliminera le facteur individuel et élargira le champ des investigations.

M. MONIER-VINARD, de Paris. — La diversité des techniques employées pour la recherche de ce réflexe ne permet pas, en effet, de tirer des conclusions bien nettes des travaux publiés à son sujet jusqu'à ce jour. Et d'autre part, le type du réflexe peut varier avec la phase de la même maladie.

COMPLICATIONS NERVEUSES DE LA GRIPPE

par le professeur BARRÉ et le docteur Alfred HANNS.

Sauf le travail de Roussy (*Revue neurologique,* novembre-décembre 1918), nous n'avons trouvé aucune étude sur cette question ; il existe des observations d'encéphalite diffuse, congestive, d'hémorragies du cerveau ou des méninges, ou encore des méningites purulentes, n'ayant généralement donné lieu à aucune symptomatologie, leurs manifestations ayant été noyées sous les phénomènes généraux graves et le délire d'une grippe compliquée de broncho-pneumonie, et découvertes la plupart du temps à l'autopsie ; mais ces cas sont des localisations infectieuses de septicémies secondaires, plutôt que des complications nerveuses véritables de la grippe elle-même.

Cependant, les complications nerveuses de la grippe existent. La grippe, non compliquée de broncho-pneumonie, peut, comme la diphtérie, comme la typhoïde, produire des lésions nerveuses particulières, par suite de la localisation élective de son virus ou de sa toxine. Mais ces complications sont fort rares ; la grippe ne frappe pas souvent le tissu nerveux ou ses artères ; et en feuilletant la riche littérature publiée sur la grippe ces trois dernières années, on n'en trouve presque pas de signalées.

Nous avons eu l'occasion, au cours de l'année 1919, d'observer trois cas de palynévrite grippale des membres inférieurs et trois cas d'hémiplégie post-grippale ; un cas de névrite rétro-bulbaire, un cas de myélite. A propos de ces cas, nous avons cru pouvoir tracer une description rapide des complications nerveuses de la grippe.

I. NÉVRITE GRIPPALE. — Radiculaire ou tronculaire suivant les cas; mixte, c'est-à-dire à la fois sensitive et motrice ; localisée aux membres inférieurs, avec parfois atteinte légère des membres supérieurs. *Troubles moteurs* prédominant aux extrémités, spécialement aux muscles antéro-externes des jambes, allant d'une simple lourdeur des jambes à une paraplégie complète. *Troubles sensitifs* prononcés : ce sont eux qui marquent le début de l'affection, ils précèdent les troubles moteurs de plusieurs semaines : ils sont subjectifs et consistent en douleurs souvent très violentes, à caractère de brûlure ; ces douleurs, parfois fugaces, sont d'autres fois d'une extrême ténacité ; à côté des douleurs, il existe des fourmillements, des sensations d'engourdissement ; les troncs nerveux et les masses musculaires sont douloureux à la pression.

La sensibilité objective est égalcment troublée, mais il n'existe pas d'anesthésie complète, simplement de l'hypoesthésie ; les réflexes achilléens sont abolis, les rotuliens diminués, les péronéo-fémoraux postérieurs souvent supprimés. Il existe de l'hypotonie, les réactions électriques sont troublées, d'autant plus que l'on se dirige davantage vers la périphérie.

Le début a lieu peu de temps après la fin d'une grippe ; l'évolution se fait lentement vers la guérison ; mais un de nos cas n'était pas encore guéri au bout de deux ans.

II. Hémiplégie grippale. — Elle est légère, curable, frappant peu profondément les voies pyramidales; la paralysie est peu marquée, passant parfois presque inaperçue; mais, particularité importante, elle est suivie d'hémi-chorée ou d'hémispasmes transitoire; elle ne laisse aucun trouble des réflexes, ni de clonus, ni d'extension des orteils, ni de signe de la jambe (1).

III. Myélite grippale. — Notre cas unique débuta de façon assez brusque, mais mit trois semaines à se compléter et à amener une paraplégie totale avec incontinence, abolition des réflexes tendineux, anesthésie; à l'autopsie, ramollissement de la moelle entre D^{11}, D^{12} et L^{1}.

IV. Enfin, un cas de névrite rétro-bulbaire se caractérisa par un scotome central pour les couleurs, avec fond d'œil et pupille normaux.

L'on voit la profonde différence entre ces complications nerveuses de la grippe et les manifestations de l'encéphalite épidémique, ce qui justifie la séparation complète entre les deux affections.

LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DANS 42 CAS D'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

par MM. J.-A. Barré et Louis Reys.

Nous voudrions nous permettre de relater ici les observations faites à la Clinique neurologique de Strasbourg, sur 52 cas d'encéphalite épidémique, en particulier sur le liquide céphalo-rachidien dans cette maladie.

Nous nous poserons en ce but les questions suivantes :

1° Le liquide céphalo-rachidien peut-il nous fournir des éléments de diagnostic dans l'encéphalite ?

2° Comment le liquide se modifie-t-il au cours de l'évolution de l'encéphalite ?

3° Quelles conséquences pratiques peut-on tirer des faits observés ?

I. — Voyons d'abord quels éléments le liquide céphalo-rachidien peut nous fournir pour le diagnostic de l'encéphalite et les résultats obtenus par l'examen du liquide.

Nous avons eu l'occasion de faire, sur les 52 cas d'encéphalite observés à la Clinique, dans 42 cas, des ponctions lombaires, et nous avons trouvé les résultats suivants :

Dans 30 cas, il y avait *hypercytose*, à prédominance du mononucléaire ;

Dans 23 cas, nous avons vu hyperalbuminorachie ;

Dans 22 cas, hyperglycorachie ;

Dans 6 cas, le liquide a été trouvé normal.

Nous avons considéré comme normal un liquide qui contient :

1° Jusqu'à 3 cellules par millimètre cube comptées à la cellule de Nageotte ;

2° 0,25-0,30 centigrammes d'albumine, comptée à l'albuminimètre de Sicard ;

3° 0,46-0,52 centigrammes de glycose.

(1) L'hémiplégie grippale n'est pas toujours aussi bénigne ; nous avons eu connaissance d'un cas que nous n'avons pu observer, où la paralysie fut complete et ne rétrocéda que très lentement et incomplètement.

Les chiffres maxima que nous avons trouvés étaient :

205 leucocytes ;

0,80 centigrammes d'albumine ;

1,10 de glycose.

Les différentes modifications se trouvaient associées les unes aux autres, selon les types suivants, énumérés d'après l'ordre de fréquence, à savoir :

Dans 11 cas, augmentation d'albumine, cellules, sucre ;
— 8 — d'albumine et cellules ;
— 5 — de cellules ;
— 5 — du sucre seul ;
— 4 — de cellules et sucre ;
— 2 — d'albumine seule ;

Dans 5 cas, le liquide était normal ;

Dans 1 cas, Bordet-Wassermann positif. Ce cas nous a porté à penser qu'il n'y a pas de cachet particulier de l'encéphalite banale chez les spécifiques.

Comme beaucoup d'autres auteurs, nous nous sommes rendu compte de l'importance de la *recherche du sucre* dans le liquide, que nous avons trouvé augmenté dans 60 % des cas. Sa présence nous a permis, dans des cas douteux, de faire le diagnostic différentiel entre les états méningés d'origine infectieuse aiguë (méningite à méningo-pneumo ou streptococces) dans lesquels on trouve toujours une diminution du sucre. Peut-être l'augmentation du sucre est-elle due à la congestion méningée, qui faciliterait l'osmose et laisserait traverser le sucre qui est une substance très diffusible, plus vite que l'albumine et les éléments figurés.

Cela expliquerait que dans certains cas peu graves, on trouve de l'hyperglycorachie sans autre modification du liquide, comme nous l'avons vu dans cinq cas.

Au point de vue du diagnostic de l'encéphalite, le liquide céphalo-rachidien présente donc les particularités suivantes : c'est d'être, contrairement à ce qu'ont prétendu certains auteurs au début de l'année, modifié dans la plus grande majorité des cas (85 %). Ces modifications portent, dans 28 % des cas, sur l'augmentation de l'albumine, du sucre et des éléments figurés.

Cependant, une *seule* ponction ne sera pas toujours capable de renseigner à elle seule ; il est, au contraire, dans certains cas, utile et indispensable de faire des ponctions répétées.

II. — En effet, l'évolution des réactions méningées dans l'encéphalite épidémique présente des particularités sur lesquelles il nous paraît intéressant d'attirer l'attention.

Nous avons pu suivre l'évolution des éléments pathologiques dans le liquide chez 13 malades, chez lesquels nous avons fait des ponctions répétées, à savoir :

Dans 1 cas, 8 ponctions.
— 2 5 —
— 3 4 —
— 3 3 —
— 4 2 —

Grâce à ces ponctions répétées, nous avons constaté les faits suivants :

1° Quant à l'*ordre d'apparition des éléments anormaux,* nous avons trouvé des types très différents les uns des autres et comme beaucoup de cas, au début de l'affection, nous ont échappé, il nous est impossible de formuler une règle quelconque ;

2° Dans la *phase d'état* de la maladie au cours de laquelle se présentait la plupart des cas, nous avons constaté, comme association la plus fréquente, l'augmentation de l'albumine, du sucre et des cellules.

Cependant, comme nous le verrons plus tard, cette période d'état avec phénomènes cliniques très prononcés parfois, ne correspond pas toujours à la phase d'état des réactions méningées ;

3° Quant à l'*ordre de disparition* des éléments pathologiques, nous avons vu que la courbe des éléments figurés ne va que très rarement de pair avec celle de l'albumine et du sucre, et que c'est la première qui retombe le plus vite à des chiffres normaux ; c'est d'elle surtout que dépend le pronostic, tandis que la courbe du sucre et celle de l'albumine sont presque toujours très irrégulières et sans concordance avec la courbe des éléments figurés.

Aussi retrouve-t-on encore très fréquemment, alors que l'hypercytose a disparu, parfois du sucre, parfois de l'albumine, comme seul reliquat du processus pathologique.

III. — Mais, demandons-nous, quel rapport y a-t-il entre les réactions méningées et les symptômes cliniques ?

Les réactions méningées ont comme caractéristique d'évoluer par poussées. Mais leur caractère essentiel, à nos yeux, c'est d'évoluer d'une manière très différente des symptômes cliniques.

En effet, dans des cas où la ponction a pu être faite peu après le début des symptômes cliniques, alors en pleine activité, nous avons trouvé un liquide normal ou très peu altéré, tandis que dans d'autres cas, où la ponction a été faite un certain temps après le début, alors que tous symptômes cliniques avaient presque disparu, nous avons trouvé un liquide très altéré, et en faisant des ponctions répétées, nous avons constaté la longue persistance des réactions méningées, de sorte que nous sommes portés à penser qu'il y a à distinguer dans l'évolution de la maladie les différentes phases suivantes :

1° Phase de *début*, pendant laquelle le virus en circulation dans les vaisseaux extra et intra-cérébraux n'a pas encore produit des réactions méningées, alors qu'il a pu occasionner déjà des désordres cellulaires graves dans le parenchyme cérébral; à cette phase on ne trouve pas encore ou très peu de réactions méningées.

2° Phase *d'état :* c'est la phase à clinique plus ou moins grave, avec modification manifeste dans le liquide, selon les diffrents types que nous avons décrits auparavant, mais phase pendant laquelle il n'y a pas de proportionnalité régulière entre l'importance apparente des phénomènes cliniques et celle des modifications du liquide céphalo-rachidien.

3° Phase de *déclin :* c'est la phase où il y a une amélioration des phénomènes cliniques, mais persistance et souvent aggravation des réactions méningées, ce qui indique que la méningite continue à évoluer ; celle-ci cessant, le liquide redevient normal, mais souvent seulement bien longtemps après que tous symptômes cliniques ont disparu. Nous avons vu dans cette phase de méningite persistante, par défaut d'hygiène et de traitement, de graves rechutes se produire, ce qui nous indique que le virus était encore en activité.

Ces considérations expliquent que nous ayons pu observer le fait suivant : il s'agissait de deux malades, voisins de lit, que nous avons vus à Haguenau, grâce à l'amabilité des docteurs Schneider et Zündel ; l'un des deux malades était atteint d'une encéphalite myoclonique avec hoquet très prononcé, avec somnolence et agitation profonde, vomissements abondants, où le liquide ne montrait qu'une

réaction très discrète : 0,23 albumine, 1,6 de leucocyte, 0,75 centigrammes de glycose.

L'autre sujet, calme depuis longtemps, paraissait tout à fait guéri ; son liquide avait pourtant une formule très chargée : 0,70 centigrammes d'albumine, 50 leucocytes.

IV. — Nous avons cherché à trouver un rapport entre la localisation des phénomènes cliniques (rachidiens ou céphaliques) et la réaction méningée. Plusieurs cas nous ont permis de conclure que la réaction méningée est la plus forte quand il y a participation rachidienne, et moins prononcée quand il y a prédominance des phénomènes céphaliques.

Quelles conséquences pratiques peut-on tirer de ces faits ?

Nous sommes arrivés peu à peu à nous donner les règles suivantes :

1° Des ponctions lombaires répétées sont nécessaires pour être renseigné sur la marche des réactions méningées et pour fixer en partie le pronostic. En effet, si l'on ne doit pas conclure à une forme bénigne à cause du peu de réactions méningées, au début surtout, et malgré des phénomènes cliniques sérieux, on évitera, grâce à l'examen du liquide céphalo-rachidien, de croire bénigne ou arrêtée une forme où coïncideront avec des phénomènes d'apparence peu inquiétante, des réactions méningées accentuées ;

2° Il ne faut considérer comme guéri un malade que quand son liquide sera devenu complètement normal ; autrement, on risque d'arrêter trop tôt le traitement que les symptômes cliniques ne paraissent plus exiger et on peut assister à des rechutes parfois très graves ;

3° Il est prudent et utile d'agir sur les réactions méningées d'une manière directe, en considérant la méningite non comme une simple complication de la maladie, mais comme une manifestation la plus constante de l'encéphalite. Nous avons fait en ce but des injections intra-rachidiennes d'uroformine à 10 %, et nous avons vu, dans des cas, la réaction méningée s'améliorer d'une manière pour ainsi dire évidente.

LA MICROSPHYGMIE CHEZ LES ÉPILEPTIQUES

par P. Hartenberg, de Paris

L'étude de l'indice oscillométrique de l'appareil Pachon, chez 80 épileptiques, prouve que dans la majorité de ces cas l'indice est normal. Chez 3 de ces malades, l'indice était exagéré. Chez 13, il y avait microsphygmie.

Celle-ci n'a pas une cause cardiaque, ni une vaso-constriction artérielle pour fondement, puisque, par le bain chaud et les inhalations de nitrite d'amyle, la dilatation artérielle obtenue reste faible. C'est donc vraisemblablement une sténose anatomique des artères, une aplasie artérielle qu'il faut incriminer.

Par suite de cette débilité vasculaire constitutionnelle et de la microsphygmie qui en résulte, il y a insuffisance de l'irrigation sanguine et, consécutivement, diminution de la nutrition du cerveau, de la destruction des toxines par oxydation, des fonctions désintoxicatrices du foie, du rein et des glandes endocrines. D'où, finalement, possibilité du rôle pathogène de cette microsphygmie chez les sujets où elle existe.

M. Roubinovitch, de Paris. — La microsphygmie se rencontre en effet souvent, ainsi que la microcéphalie, chez les épileptiques.

M. Sicard, de Paris. — Comment l'insuffisance circulatoire constante pourrait-elle engendrer des accidents intermittents ?

M. Dupré, de Paris. — D'une façon analogue à celle de l'imprégnation alcoolique chronique qui produit des accidents comitiaux périodiques. D'ailleurs, Besançon, dans sa thèse, rapporte des faits semblables à ceux qui ont fait l'objet de cette communication.

LE TRAITEMENT SALVARSANÉ DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX ET EN PARTICULIER DU TABES ET DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

par J. Crocq, de Bruxelles

A) Dans la syphilis nerveuse :

Depuis 1910, l'auteur a appliqué systématiquement les *injections intramusculaires* de salvarsan, puis de néo et de novo-salvarsan. Il considère cette méthode comme la meilleure; elle est inoffensive et donne des résultats au moins égaux aux injections intraveineuses ou intrarachidiennes. Il fait une injection toutes les 4 à 5 semaines; il emploie une solution d'eau stérilisée de 1 cent. cube pour 10 cent. de produit; il injecte dans le muscle fessier 30, puis 45, puis 60 centigr. Il n'observe généralement que des phénomènes locaux passagers; comme réaction générale, il n'a relevé que rarement des nausées et des troubles gastriques fugaces. Il dépasse rarement 60 centigr.; dans des cas graves, il atteint 75 et 90 centigr. Les résultats ont été excellents dans des formes très variées de la syphilis nerveuse; dans un grand nombre de cas il a obtenu la disparition des symptômes en même temps que la réaction de B. W. devenait négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Il conclut que la méthode intramusculaire est la plus recommandable et la plus efficace à condition d'être prolongée pendant assez longtemps : la durée du traitement varie de 4 mois à plusieurs années; en général 6 à 10 piqûres suffisent.

L'auteur considère les dérivés salvarsanés comme de beaucoup supérieurs à l'iodure et au mercure; ceux-ci produisent des améliorations, mais ils agissent défavorablement sur l'état général; ils ne stérilisent en général pas l'organisme; le néo ou novo-salvarsan tonifie l'état général, fait disparaître les symptômes morbides; il amène une stérilisation définitive des centres nerveux.

L'auteur cite notamment le cas d'un tabétique chez lequel le traitement ioduré-mercuriel ne donna que des résultats passagers et de l'amaigrissement; le salvarsan, en injection intra-musculaire, amena une guérison rapide et définitive.

B) Dans la paralysie générale :

Le désaccord règne parmi les auteurs concernant l'efficacité du traitement salvarsané tant par injections intraveineuses qu'intrarachidiennes. Il s'agit d'abord de s'entendre sur ce qu'est la paralysie générale, la mégalomanie, l'agitation maniaque, les troubles pupillaires, la lymphocytose, l'hyperalbuminose; le B. W. dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ne suffisent pas à poser le diagnostic.

L'auteur rapporte des cas de ce genre qui ont guéri trop rapidement par le traitement salvarsané pour être considérés comme des paralysies générales. Le symptôme pathognomonique de cette affection est l'embarras de la parole. Les cas qu'il rapporte s'accompagnent tous de ce signe essentiel; le traitement a toujours consisté dans les injections intramusculaires faites selon les principes précédents.

Au début de la paralysie générale, l'auteur a obtenu des guérisons complètes avec disparition des symptômes, stérilisation du sang et du liquide céphalo-rachidien, disparition de la lymphocytose et de l'hyperalbuminose ; sur 9 cas, 5 guérirent complètement, 2 virent disparaître les symptômes sans que le liquide céphalo-rachidien devint négatif, 2 eurent des rechutes mortelles.

Dans la paralysie générale avancée, l'auteur a obtenu une survie de 17 années, une autre de plus de 7 années. Dans plusieurs cas, il a obtenu la stérilisation du sang et du liquide céphalo-rachidien ; les malades sont alors guéris de leur paralysie générale, mais restent déments plus ou moins profonds. Manié avec précaution, le traitement peut être appliqué même lorsqu'il y a escarres ; l'auteur cite un cas de ce genre dans lequel le néo provoqua un revirement complet, la cicatrisation d'escarres profondes et une amélioration générale durable.

c) Dans le tabes :

L'auteur a traité les tabétiques suivant sa méhode intramusculaire. Il a soumis 52 malades à ce traitement : 14 sont guéris avec des séquelles peu importantes ; 6 sont morts de maladies intercurrentes, 12 améliorés ont abandonné le traitement, 9 ne s'améliorent pas, 11 sont en traitement et s'améliorent normalement. D'une manière générale, les douleurs fulgurantes et en ceinture disparaissent, l'incoordination diminue, la réaction de B. W. devient négative tant dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien ; les réflexes tendineux restent abolis, l'inégalité et la rigidité pupillaires persistent.

Le traitement doit être régulier, irinterrompu et doit se prolonger jusqu'à la guérison, qui est plus ou moins rapide suivant les sujets.

M. Sicard, de Paris. — Il y a possibilité d'arrêter l'évolution de la syphilis nerveuse, de tenir en respect, pour ainsi dire, le tréponème, par l'usage des injections quotidiennes sous-cutanées ou musculaires du néo-salvarsan. L'imprégnation viscérale, et notamment la fixation de l'arsenic sur les centres nerveux, sont plus marquées qu'avec les injections intraveineuses. Les petites doses quotidiennes mettent à l'abri de l'anaphylaxie, des crises nitritoïdes et de l'intoxication. En se servant de dissolvant huileux ou aqueux glycosé, l'injection sous-cutanée et surtout intramusculaire est à peu près indolore. D'une façon générale, il y a possibilité de fixer le tabes et la paralysie par 20 ou 30 grammes de novarsenic par an, administrés en 3 cures quadrimestrielles.

M. Lépine, de Lyon. — Etant donné le grand nombre de tabétiques et de paralytiques généraux dont l'infection syphilitique ne remonte qu'à quelques années et qui avaient été traités par les injections intraveineuses d'arsenic, il y a lieu de se demander si elles sont toujours inoffensives. Avant de les employer, il est indiqué d'étudier la nature du terrain auquel on a affaire, car elles sont nocives chez les individus à syphilis neurotrope.

M. Barré, de Strasbourg. — On ne guérit pas le tabes ; tout au plus peut-on l'arrêter. Et l'on y parvenait aussi bien, si ce n'est mieux, par le mercure que par l'arsenic.

M. Meige, de Paris. — Quelle que soit la thérapeutique appliquée, les cas de guérison authentique du tabes sont à l'heure actuelle toujours contestables.

M. Roussy, de Paris. — L'apparition de paralysies générales deux ou trois ans après la syphilis permet de se demander si le traitement salvarsané ne refoulerait

pas le tréponème du sang vers les centres nerveux, lorsqu'on l'applique contre les accidents de la période secondaire.

M. Dupré, de Paris. — La question du traitement de la syphilis nerveuse, après cette discussion, comme après celle de Paris du mois dernier, à la Réunion neurologique, reste encore loin d'être résolue, puisque les auteurs ne sont pas encore d'accord ni sur le sens du mot guérison, ni sur les techniques, ni sur les indications. Quelle peut être la guérison d'un paralytique général que l'on nous dit rester dément? Et faudra-t-il considérer comme toujours malade un individu qui ne présente plus aucun trouble mental et qui n'a pour tout signe physique qu'une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien ?

M. Crocq, de Bruxelles. — Tout en reconnaissant l'obscurité qui règne encore sur la question, il semble résulter de la discussion d'aujourd'hui que les injections intramusculaires sont préférables aux intraveineuses.

INFLUENCE DE L'INTERRUPTION DU TRAITEMENT DE L'EPILEPSIE PAR LE TARTRATE BORICO-POTASSIQUE SUR LE NOMBRE DES CRISES CONVULSIVES

par M. le professeur Pierre Marie et MM. Crouzon et Bouttier.

Dans une communication récente à l'Académie de Médecine (1), nous avons signalé les résultats excellents que nous a donnés l'emploi méthodique de la médication borée dans le traitement de l'épilepsie.

En particulier, nous avons eu recours, pour des raisons d'ordre chimique et pharmacodynamique, au tartrate borico-potassique. Ce corps a tous les avantages de la médication borée et n'a pas les inconvénients du borax vulgaire, ni même du tétraborate de soude chimiquement pur, dont nous nous sommes servis aussi avec avantage, mais qui, dans certains cas, peut déterminer des phénomènes — d'ailleurs passagers — d'intolérance.

La dose moyenne employée est de 3 grammes par jour de tartrate borico-potassique, en solution aqueuse ; elle peut être portée à 6 grammes dans les 24 heures, et nous n'avons que rarement observé des inconvénients : diarrhée ou éruptions cutanées chez des sujets prédisposés.

Les principaux résultats, consignés dans notre note à l'Académie, peuvent se résumer de la façon suivante : chez 10 épileptiques de la Clinique Charcot, qui avaient le plus grand nombre d'accidents pendant une durée d'un mois et qui, tous, étaient rebelles à l'action des différents bromures, nous avons observé, à la suite du traitement, une réduction des accidents de plus des deux tiers (89 au lieu de 310 dans le mois). Quant aux crises, accidents moteurs, leur nombre est passé de 139 à 32.

Chez une deuxième série de 10 malades, moins gravement atteints, nous avons observé aussi de bons résultats.

Nous voudrions signaler aujourd'hui les effets de la suspension de la médication borée sur le nombre et les modalités des crises. Ce supplément d'étude est, en

(1) Pierre Marie, Crouzon et Bouttier. — Le tartrate borico-potassique et la médication borée dans le traitement de l'épilepsie (*Bull. de l'Académie de Médecine*, 1er juin 1920).

effet, indispensable pour établir à coup sûr une relation de cause à effet entre l'emploi d'une médication nouvelle et l'amélioration des signes cliniques.

L'interruption du traitement est parfois accidentelle; une de nos malades, soignée à la consultation externe, avait omis de prendre le médicament pendant 48 heures (24 et 25 avril); elle vint nous voir dès le lendemain pour nous signaler qu'elle avait eu pendant les deux nuits consécutives à cette interruption des crises plus nombreuses, plus violentes, et qu'elle avait été beaucoup plus agitée en dehors même de ces crises. Le nombre des crises avait été de 5 à 6 pendant la nuit au lieu de 2 à 3 crises, moins fortes, quand elle était soumise au traitement. Ces constatations étaient confirmées d'une façon absolue par son entourage. Ainsi, la suspension du traitement avait entraîné une recrudescence du nombre et de la violence des crises.

Plus intéressants encore sont les résultats de la suspension du traitement, quand nous l'avons provoquée dans un but expérimental.

Deux exemples sont particulièrement instructifs à cet égard.

Une de nos malades n'avait eu, sous l'influence du traitement, aucune crise pendant deux mois; nous suspendons le traitement; pendant quelques jours de suspension, elle a 18 crises et 24 vertiges. La reprise du traitement a été suivie d'une amélioration progressive, puisque dans le deuxième mois elle n'a plus eu que 2 crises et zéro crise dans le troisième mois. En même temps, l'état psychique et l'état général redevenaient tels qu'ils étaient avant l'interruption du traitement.

Nous avons observé les mêmes résultats dans un deuxième cas; la malade n'avait eu aucune crise dans le mois précédent; nous interrompons le traitement, elle a 13 crises en 7 jours. Nous reprenons le traitement, elle n'a plus qu'une crise dans le mois suivant.

D'autres malades nous ont donné des résultats comparables. Un petit garçon de 14 ans, grand épileptique, déjà trépané, il y a quelques années, intolérant au bromure, avait été hospitalisé dans le service et très amélioré par le tartrate borico-potassique. Son père l'emmène à la campagne et nous lui remettons une ordonnance. Il nous écrit, très inquiet, au bout de quelques jours. Il n'a pas pu se procurer les médicaments et les crises ont redoublé de nombre et d'intensité.

Ces faits confirment d'une façon presque expérimentale l'action thérapeutique de la médication borée et en particulier du tartrate borico-potassique sur les manifestations diverses du mal comitial, et en particulier sur les crises convulsives.

M. Roubinovitch, de Paris. — D'une administration comparée du bromure de potassium, du luminal et du tartrate borico-potassique, celui-ci vient au troisième rang pour l'efficacité.

M. Sicard, de Paris. — Les effets du luminal dans l'épilepsie sont excellents; mais on fabrique, en France, un succédané de ce médicament allemand, qui possède les mêmes propriétés : c'est la phényléthylmalonurée.

M. Hartenberg, de Paris. — Avec l'acide borique et le borate de soude, on obtient, dans les débuts, d'incontestables améliorations. Mais ces résultats ne tiennent pas et les médicaments deviennent rapidement inefficaces. Il sera intéressant de voir si les résultats du tartrate ferrico-potassique sont plus durables.

Professeur Dupré, de Paris. — L'emploi du bore, sous forme d'acide borique, date de très longtemps. Et il est loin d'avoir supplanté les autres médicaments.

Docteur Crocq, de Bruxelles. — Les bromures sont, en réalité, les plus fidèles agents contre l'épilepsie. Le mode d'emploi qui, depuis plus de vingt ans, me

donne les meilleurs résultats, est celui de cachets contenant chacun : K Br. 1 gr.; bicarbonate de soude, 0,50 et antipyrine, 0,50.

M. Courbon, de Stephansfeld. — La, meilleure thérapeutique de l'épilepsie est celle qui ne reste jamais la même. C'est ainsi que tout aliéniste entrant en fonction dans un nouvel asile a le moyen de se créer un prestige immédiat en se contentant de prescrire aux épileptiques des médicaments que son prédécesseur n'employait jamais. C'est ainsi que quatre fois, au cours de ma carrière, la prescription du borate de soude amena des suppressions de crises tellement radicales et nombreuses, que le personnel et les malades acclamaient, en leur nouveau médecin, un thaumaturge de l'épilepsie. Mais, chaque fois, en quelques mois, le médicament perdait de son efficacité, des troubles nauséeux s'accentuaient et il fallait en revenir au bromure.

Professeur Barré, de Strasbourg. — Le luminal me paraît d'une efficacité supérieure à celle des bromures et, à plus forte raison, supérieure à celle du tartrate ferrico-potassique.

Docteur Crouzon, de Paris. — Sans contester les affirmations apportées ci-dessus, sur la valeur des divers agents préconisés contre l'épilepsie, on peut, néanmoins, reconnaître que le tartrate ferrico-potassique a une action suspensive incontestable. Alors même qu'elle doive s'épuiser à la longue, sa durée, qui se monte déjà à plusieurs mois, lui confère une valeur thérapeutique qui n'est pas négligeable.

HYPERTONIE ET HYPERCLONIE DANS LA PATHOLOGIE DES RÉFLEXES TENDINEUX

par Henri Piéron, de Paris.

Un réflexe tendineux est une réaction antagoniste d'origine médullaire, d'un muscle ou d'un groupe musculaire, à son allongement brusque artificiellement provoqué, excitant les organes neuro-tendineux de golgi.

Une analyse physiologique et pathologique des myogrammes de toute une série de réflexes tendineux, m'a permis d'établir l'existence d'une double réponse musculaire dans ces réflexes, consistant en une secousse, normalement unique, prolongée par un raccourcissement tonique à rétrocession relativement lente (1).

Cette dualité concorde avec le double mode de contractilité des muscles, la contractilité clonique et la contractilité tonique, dont les lois sont absolument différentes (2).

Mais elle n'est pas le simple fait d'une intervention successive des deux appareils contractiles du muscle soumis à une incitation nerveuse commune : s'il peut y avoir des dissociations au niveau du muscle, par exemple dans les états de dégénérescence, il y a une dissociation dans les mécanismes mêmes d'incitation nerveuse, de

---

(1) Voir, pour recherches sur les réflexes : *Revue neurologique* 1910, n° 20, p. 398 et n° 23, p. 597; 1917, n° 71. p. 515. — *Revue de Psychiatrie*, juillet 1912, p. 271, *C. R. — Soc. de Biologie*, 1914, 77, p. 75; 1916, 79, p. 256; 1917, 80, p. 111, p. 254, p. 294, p. 410, p. 545, p. 651; 1918, 81 p. 2, p. 293, p. 1118.

(2) *Cf.* H. Piéron. — Du mécanisme physiologique du tonus musculaire comme introduction à la théorie des contractures. *Presse Médicale*, 18 février 1918, p. 88-91. Du mécanisme de la psychotérapie dans les contractures fonctionnelles. *Paris Médical*, 1918, n° 15, p. 132.

telle sorte que les deux réponses constituent en réalité deux réactions réflexes associées, mais dissociables.

La réponse clonique est celle des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle, seules envisagées jusqu'ici. La réponse tonique nous apparaît comme la réaction propre de cellules tonico-motrices appartenant au système autonome et siégeant dans les cornes latérales de la moelle (1).

Dès lors, tout l'intérêt, au point de vue neuro-pathologique, d'une étude graphique des réflexes tendineux apparaît. On peut, dans des myogrammes convenablement étalés, examiner séparément la réponse clonique, la secousse brusque et brève, et la réponse tonique, l'ondulation allongée qui apparaît, se dégageant en quelque sorte de la secousse et qui comporte un relâchement relativement lent. Dans les muscles antagonistes, intervient en outre une contraction régulatrice de caractère exclusivement tonique, en général, et qu'il est important d'enregistrer aussi.

La réponse clonique renseigne, lorsque la réception de l'excitation est assurée sur l'état fonctionnel des cornes antérieures, dans leur dépendance vis-à-vis du système pyramidal et des centres moteurs de l'écorce; la réponse tonique permet d'interroger spécialement les cornes latérales, dans leur dépendance de tout l'appareil autonome, l'organe du système proprioceptif de Sherrington (2), avec le cervelet comme centre supérieur.

Les rapports des réflexes tendineux et du tonus s'éclairent à la lumière de ces données. Le tonus — du moins le tonus variable — intervient à titre de composante partielle dans le réflexe; il peut, seul, assurer une réponse à l'excitation tendineuse; en son absence, une réponse peut encore être assurée.

C'est ainsi que, chez des commotionnés hypertoniques, j'ai constaté l'existence de réponses exclusivement toniques, et, inversement, chez des hypotoniques, des cérébelleux par exemple, la réponse clonique persistait seule.

Les caractères du mouvement, dans ce réflexe patellaire, permettent déjà de différencier la réponse tonique isolée, avec extension plus lente, plus durable, et la réponse clonique pure, avec mouvement brusque, et retour pendulaire, caractéristiques d'une contraction « balistique » au sens de Paul Richer. Mais une analyse plus fine nécessite l'examen des myogrammes; elle permet d'évaluer, dans les cas d'hypo ou d'hyper-réflectivité, la participation du système de la motricité cérébro-spinale et celle du système autonome. On constate que les rapports de ces deux systèmes donnent aux réponses réflexes une véritable individualité avec caractéristiques personnelles chez les sujets normaux eux-mêmes.

Dans le tabes, la réponse tonique disparaît la première et, même en l'absence de tout mouvement, le myogramme peut encore révéler une faible et brève secousse, après percussion du tendon rotulien.

---

(1) Voir, au sujet du mécanisme des réponses toniques : H. Piéron. De la dualité de la réponse musculaire dans les réflexes musculo-tendineux. Signification physiopathologique de la réponse clonique et de la réponse tonique. *Journal de physiologie et de pathologie générale* (sous presse). Les formes et le mécanisme nerveux du tonus (tonus de repos, tonus d'attitude, tonus de soutien). *Revue neurologique* (sous presse).

(2) Sherrington, dont on connaît la belle série de travaux sur le tonus, manifestation du fonctionnement proprioceptif, est arrivé, de son côté, à la conclusion que la deuxième ondulation du myogramme dans le réflexe rotulien des mammifères était due à une contraction tonique et, en même temps, le physiologiste hollandais Langelaan défendait la même opinion. Je n'ai eu connaissance de cette rencontre qu'après la publication de mes recherches, les études des auteurs ayant été publiées au cours de la guerre.

Les hyperréflectivités peuvent, quand elles portent sur les deux modes de réponse, se traduire par un spasme tétanique comme à la suite d'une intoxication par la strychnine ; quand il y a hyperréflectivité unique pure, on constate la réalisation des contractures proprement dites ; enfin, dans l'hyperréflectivité clonique, l'exagération de la réponse entraîne, par défaillance du système tonique prolongeant la contraction et assurant une régulation et un arrêt par intervention tonique des muscles antagonistes, une série de secousses qui se provoquent l'une l'autre, des agonistes aux antagonistes, et des antagonistes aux agonistes, d'où réalisation du clonus.

Mais, en dehors des cas extrêmes, il existe des tendances contracturales, comme chez les déments précoces catatoniques, des tendances au clonus, ou des tendances au spasme, qui permettent de déterminer si l'hyperréflectivité est limitée à un système ou à l'autre, ou si elle est généralisée (1). On doit distinguer une *hypertonie* et une *hyperclonie* réflexes.

La miographie des réflexes tendineux peut et doit nous fournir un instrument précieux d'analyse neurologique.

HYSTÉRIE TRAUMATIQUE

par le Docteur Dardel, de la Clinique du Chanet (Suisse).

Il s'agit, ici, de maladies des organes abdominaux (appendicite à répétition, inflammation des organes génitaux internes de femme, hernies, etc.) qui, évoluant chez des sujets à prédisposition nerveuse bien nette, créent des états spéciaux qui rentrent tout à fait dans le domaine de la neurologie. Dans la plupart de ces cas, l'opération chirurgicale qui a coupé court à la maladie primitive, n'a pas empêché les symptômes nerveux de se produire. Ces symptômes consistent tout d'abord dans une douleur plus ou moins vive, ressentie à l'endroit de l'opération et se manifestant parfois seulement des années après l'intervention chirurgicale. Les douleurs se communiquent aux organes voisins, provoquent des troubles de la digestion, des constipations opiniâtres, une nervosité poussée au plus haut point, des insomnies, des maux de tête et parfois même de grandes crises hystériques. Il est aisé de constater que tous ces symptômes partent de l'endroit où évoluait la maladie primitive, suivie ou non d'opération chirurgicale.

L'auteur a eu l'occasion d'observer deux cas d'appendicites opérées, l'une depuis deux ans, l'autre depuis dix ans ; deux cas d'inflammation et d'ablation des organes génitaux internes, des cas de hernies, etc. Toutes ces personnes souffraient d'une façon ininterrompue et étaient devenues nerveuses à l'excès. Les unes réclamaient une nouvelle opération chirurgicale, d'autres la craignaient ; d'une façon générale, la vie leur devenait tout à fait impossible.

Il a traité tous ces cas de la même façon, au moyen de la diathermie, qui agit d'une façon merveilleuse et arrive à supprimer en quelques semaines tous les symptômes pathologiques. Les douleurs disparurent très rapidement, les troubles

---

(1) L'hyperréflectivité signifie ici *hyperréactivité* réflexe ; pour l'*hypersensibilité* réflexe, elle est seulement déterminée, comme je l'ai montré déjà en 1910, par la mesure du seuil de provocation du réflexe, grâce à un réflexomètre simple (en action à chute pendulaire) comme celui que j'ai fait construire alors.

digestifs et la constipation cessèrent, de même que la nervosité et les crises hystériques.

Il a appliqué le courant électrique de haute fréquence au moyen de deux plaques métalliques, placées, l'une sur le « point hystérogène », l'autre sur les reins. La chaleur intense, dégagée par ces courants a, dès la première application, une action calmante remarquable, et le traitement, appliqué de cette façon, aboutit à une guérison inespérée.

G. — CHRONIQUE DU CONGRÈS

I. — Assemblée générale du Congrès de Strasbourg

Le Congrès se réunit en Assemblée générale, à l'asile de Stéphansfeld, le mardi 3 août, à 10 heures 1/2 du matin. Au nom du docteur Suttel, secrétaire général de la XXIIIe session, le docteur Semelaigne, secrétaire général du Comité permanent, communique les résultats de l'exercice financier de la session du Puy, dont se trouve l'exposé à la page 11. Cet exercice est approuvé.

Le docteur Semelaigne expose ensuite la situation de la caisse de réserve du Congrès. Le solde disponible est de :

En espèces.	2.064 fr. 22
En valeurs :	
390 francs rente 3 %, au cours du jour. . . .	7.585 50
243 francs rente 4 %, au cours du jour. . . .	4.329 »
Total	13.978 fr. 72

Les modifications suivantes du règlement sont votées : 1° Les rapports sont réduits à un simple programme de discussion avec conclusions, programme dont la longueur ne doit pas dépasser huit pages d'impression. La durée du résumé oral du rapporteur ne doit pas dépasser vingt minutes ; 2° La discussion d'un rapport ne pourra excéder une durée de cinq minutes par orateur. Le résumé de la discussion de chaque orateur pour un rapport ne pourra excéder une page d'impression ; 3° Chaque communication ne pourra pas excéder une durée de dix minutes, ni un texte *in extenso* de deux pages d'impression. L'application immédiate de ces innovations pour le Congrès en cours est votée, en même temps qu'il est octroyé aux secrétaires généraux l'autorité des mesures restrictives que nécessiteraient les exigences budgétaires actuelles.

L'Assemblée décide à l'unanimité de maintenir le principe du Congrès annuel. Elle décide que la XXVe session se tiendra à Luxembourg, en 1921, sous la présidence des docteurs Buffet, médecin-directeur de l'Asile d'Ettelbrück, et H. Meige, de Paris. Le docteur Forman, de Luxembourg, est désigné comme secrétaire général, et le docteur Lalanne, de Maréville, est désigné comme secrétaire général adjoint. La XXVIe session se tiendra à Quimper, en 1922, sous la présidence du professeur Jean Lépine, nommé vice-président de la XXVe session, avec le docteur

Lagriffe, médecin-directeur de l'Asile d'aliénés de Quimper comme secrétaire général. La XXVIIe session se tiendra à Besançon, en 1923, avec pour secrétaire général le docteur Santenoise, médecin-chef de l'Asile de Saint-Ylie.

Les questions suivantes, proposées par le Comité comme sujets des rapports pour le Congrès de Luxembourg, sont adoptées. Première question : *La conscience de l'état morbide chez les psychopathes*. Rapporteur : le docteur Logre, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris. — Deuxième question : *La simulation des maladies mentales*. Rapporteur : le docteur Porot, d'Alger. — Troisième question : *L'épilepsie traumatique*. Rapporteur : le docteur Béhague, de Paris.

Il est procédé ensuite à l'élection de deux membres du Comité permanent en remplacement de MM. les docteurs Lallemant, démissionnaire, et Régis, décédé. Sont élus : M. le docteur Anglade, de Bordeaux, et M. le docteur Lalanne, de Maréville.

M. le docteur Semelaigne prend alors la parole pour offrir sa démission de secrétaire général trésorier du Comité permanent. Avec l'extrême modestie qui le caractérise, il déclare ne plus se sentir l'esprit d'initiative et l'activité nécessaires pour continuer à mener cette tâche à bien. Le fait d'avoir vu le Congrès siéger dans la capitale de sa chère Alsace a épuisé tous ses désirs, et il n'aspire désormais qu'à céder sa place à un confrère plus jeune et plus actif. Il propose pour son successeur le docteur René Charpentier, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris. Après une réponse du président du Congrès, le docteur Dupré, qui exprime à M. Semelaigne la reconnaissance et les regrets de tous les congressistes, la nomination du docteur René Charpentier est acceptée à l'unanimité.

II. — Journal des Réceptions et Excursions du Congrès de Strasbourg

Ce qui, en dehors des questions scientifiques, caractérisa le Congrès de Strasbourg, fut la persistance d'une cordiale bonne humeur entre tous ses membres. Et, bien que cette année le secrétariat général disposât de quatre oreilles pour écouter autour de lui, pas un écho ne lui parvint d'une réclamation ou même d'un mécontentement. Etait-ce l'effet de l'endurance acquise par les peines sérieuses de la guerre ? Etait-ce la joie de se retrouver entre Alsaciens et Français sans mélange d'Allemands qui disposait à l'indulgence ? Assurément ces éléments intervenaient. Mais l'explication réelle, nous la trouvons dans le discours magistral de notre Président. Le Congrès de Strasbourg a réussi, en dépit des difficultés nombreuses de l'heure : manque de locaux disponibles et de moyens de transports, rareté des trains, cherté de la vie, affluence d'étrangers, difficultés de langue, non pas de grâce à l'excellence de ses organisateurs, mais grâce à la collaboration bienveillante de tous ses participants. Cette réussite, en somme, n'est qu'une preuve vivante de la justesse de la conception de l'interpsychologie... non morbide.

La principale impulsion émanait de la rayonnante personnalité de notre illustre et affectionné président, le professeur Dupré. Et le rôle des médecins d'Alsace dans le succès fut prépondérant. A leur tête, il faut citer notre très cher et très distingué vice-président le professeur Pfersdorff. La cordialité de son accueil, son souci constant de placer partout et toujours ses hôtes au premier plan, ont laissé dans tous les cœurs le souvenir du plus aimable et plus discret des confrères.

Les dimensions du progamme, le manque de temps obligèrent à beaucoup de rapidité.

Le lundi matin, 2 août, après la séance d'ouverture, les congressistes se rendirent isolément par la ville, au hasard de leur curiosité. Beaucoup allèrent à la Cathédrale admirer l'**horloge astronomique** de Schwilgué, dont les mécanismes compliqués entrent en jeu à midi et quart.

L'après-midi, à l'issue des travaux, les tramways spéciaux conduisirent les congressistes à **Kehl.** Ce gros village badois, dépourvu de tout caractère, n'avait d'autre attrait que de fournir prétexte à traverser le Rhin français, à fouler le sol allemand et à contempler sur la rive opposée la gracieuse silhouette alsacienne.

Cette excursion pour les membres associés avait été moins rapide et plus mouvementée. A l'heure chaude, où après un copieux déjeuner arrosé d'excellente bière, leurs maris et leurs pères s'enfermaient dans l'Université pour discuter sur l'onirisme, les dames, les jeunes filles et les jeunes gens s'embarquaient sur l'Ill pour visiter les **lagunes et canaux de la vieille ville** et gagner le port du Rhin. Une avarie du bateau jeta quelque émotion parmi les passagers et ne permit pas l'exécution complète du périple nautique projeté, mais n'entama en rien leur charmante humeur.

Le soir devait avoir lieu une réception au Commissariat général. M. Alapetite, se souvenant de la visite des aliénistes et neurologistes à Tunis en 1912, avait bien voulu leur faire l'honneur de les inviter une seconde fois à Strasbourg. Malheureusement, les nécessités de sa tâche l'obligèrent à s'absenter au dernier moment et l'empêchèrent de mettre son projet à exécution.

Le Comité du Congrès profita de ce contre-ordre pour se réunir à 21 heures dans l'Institut de Psychologie de l'Université, que notre éminent confrère, le professeur Charles Blondel, avait gracieusement mis à sa disposition. Et c'est là que furent élaborées les propositions à présenter à l'Assemblée générale.

Le lendemain matin, mardi 3 août, un train spécial emmenait tout le monde à **Stéphansfeld.** Le maire de la commune de Brumath, notre vénéré confrère, le docteur Bostetter, ancien étudiant de la Faculté française de Strasbourg, qui, depuis trente-trois ans, préside le Conseil municipal de sa ville, ouvrit la séance par un discours plein d'affectueuse émotion. Puis, après la discussion du second rapport, la réunion de l'Assemblée générale du Congrès et la réunion de l'Amicale des Aliénistes, on essaya de procéder à la visite de ce vieil et charmant asile. Mais la pluie torrentielle, qui tombait implacablement depuis trois heures, opposa un obstacle presque infranchissable à la curiosité des visiteurs, mal armés de parapluies branlants prêtés par les sœurs. A ce moment ne vint sûrement à l'idée de personne le blasphématoire reproche, contre Stéphansfeld, d'être placé à proximité de la gare. Le superficiel regard que chacun aura pu jeter sur quelques-uns de ces quartiers modestes, mais confortables, sur quelques-unes de ces cours ombragées et odorantes, sur les poivrières moyenâgeuses de l'église, sur le gras bétail de la ferme, aura suffi à lui donner l'impression que lui eût laissée une inspection détaillée de tous les locaux. La bonhomie alsacienne, soucieuse de réalités et de commodités, dédaigneuse de tout effort ostentatoire, imprègne trop les murs et le paysage de cet établissement presque séculaire, créé par les Français, pour ne pas être immédiatement perçue. D'ailleurs, les lecteurs que plus de détails intéresseraient, les trouveront soit dans le numéro de l'*Informateur des Aliénistes et Neurologistes,* de janvier 1920, soit dans un article antérieurement écrit, qui

attend depuis juin 1919 sa publication par les *Annales médicopsychologiques* et dont le titre est : « Premières impressions de Stéphansfeld ».

Cette impression de bien-être fut encore fortifiée par la dégustation du repas que le Conseil général du Bas-Rhin avait bien voulu offrir aux congressistes et qui fut servi dans la salle des fêtes de l'Asile. L'art du directeur de l'Asile, notre sympathique confrère Frankhauser, sut faire de ce déjeuner le plus succulent et le moins prétentieux des banquets. En termes vibrants, il salua ses hôtes, leur exposa la joie qu'il avait à les recevoir et leur raconta brièvement l'histoire de l'établissement. Son discours, l'exquise nourriture et la vertu du petit vin d'Alsace eurent vite fait de chasser les effets du mauvais temps. Au dessert, le président, le professeur Dupré, prit la parole pour dire ses sentiments personnels et ceux de tous les congressistes à se retrouver en Alsace après une séparation de sept années si fécondes en événements tragiques et en heureux résultats, et pour féliciter les organisateurs de la session de Strasbourg, insistant surtout sur le rôle de Mmes Courbon et Lalanne. Le secrétaire général, le docteur Courbon, répondit aux félicitations trop élogieuses dont il venait d'être l'objet. Il ajouta quelques mots pour exprimer son émotion à faire à des compatriotes et à des amis les honneurs d'un Asile repris à l'ennemi, pour proclamer la parfaite harmonie qui règne entre médecins alsaciens et français à Stéphansfeld, pour dire le rôle capital joué par le secrétaire général adjoint, le docteur Lalanne, dans l'organisation du Congrès, et pour remercier son ami, le professeur Blondel, de la collaboration qu'il lui avait également apportée.

Quand on se leva, le soleil avait réapparu pour permettre au photographe de fixer cette réunion de maîtres, d'élèves et de camarades. Puis, ceux qui en eurent le courage, franchirent les 800 mètres de distance qui les séparaient de Brumath, où ils purent admirer la coquette architecture du village alsacien avec ses nids de cigognes. La majorité resta sous les ombrages à attendre le train de retour. Et en y montant, tous rendirent grâce aux Français prévoyants qui, assimilant un asile d'aliénés à un hôpital et non à un bagne, avaient eu la sagesse de le rendre accessible et de le relier aisément à la ville.

Vingt minutes plus tard, en descendant de wagon, il fallut, sans débrider, gagner l'**Hôtel de Ville** pour se rendre au vin d'honneur que la Municipalité strasbourgeoise avait eu l'aimable attention d'offrir aux congressistes. Ils furent reçus et salués en une charmante allocution par M. le maire Peirotes. Le président du Congrès, M. le professeur Dupré, lui répondit par l'exposé des raisons essentielles pour lesquelles la capitale de l'Alsace exerce une si puissante attraction sur le monde et qui la firent choisir par les aliénistes et neurologistes français comme siège de leurs assises scientifiques. Ces Messieurs du Conseil général, après avoir rompu le pain et bu le vin avec leurs hôtes, les dirigèrent à travers les salons spacieux, dont les magnifiques tapisseries ont vu et dont les grandes glaces ont reflété, depuis l'armistice, l'incessant défilé des plus illustres personnalités du monde. De cette brève prise de contact avec les édiles de la grande ville, les congressistes revinrent enchantés.

Ils durent se bousculer encore pour le dîner, car ils étaient attendus à 21 heures par la **Société des Amis de l'Université**, dans l'hôtel de la rue Geyler, qui lui sert de siège et qui appartenait, avant la guerre, à une corporation d'étudiants allemands. C'est là que les accueillit, à la façon discrète et expliquée plus haut, le secrétaire général de la Société, notre illustre confrère le docteur Pierre Bucher. Et c'est là que, devant une salle où les gens du monde le plus cultivé se mêlaient aux membres des diverses Facultés, notre collègue, le professeur Ley, de Bruxelles,

présenté par M. le professeur Weiss, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, prononça un discours très applaudi sur le « Déterminisme dans le domaine moral ».

« Si, dit-il, la notion déterministe est facilement admise dans le domaine des sciences naturelles et, au point de vue médical, dans celui des anomalies physiologiques, elle a pénétré avec plus de difficulté dans celui des phénomènes moraux. On ne reproche pas à un sujet son bec de lièvre ou sa gibbosité ; on le sermonne encore à propos d'anomalies morales dont on le rend responsable.

« Plus on étudie, plus on scrute le domaine dit *moral*, plus on le voit se rétrécir. Toute une série de manifestations anormales, jadis considérées comme soumises à la bonne ou à la mauvaise volonté des sujets, sont démontrées actuellement être déterminées par des troubles physiologiques ou même physiques : la bouche ouverte des adénoïdiens, l'onychophagie, l'onanisme, l'incontinence nocturne d'urine, la paresse habituelle, l'arriération mentale par exemple, jadis sujettes à des punitions et des humiliations, sont traitées avec succès par des procédés médicaux. De même, les sujets pervers, méchants, menteurs, voleurs précoces, doivent souvent leurs anomalies à des lacunes mentales dans la sphère morale, et on renonce de plus en plus à les punir, pour chercher à les réformer, les réadapter au milieu social et les guérir, tout en se préservant avec énergie de leurs manifestations antisociales.

« Toute la transformation du droit pénal moderne est basée sur la recherche du déterminisme criminologique et le remplacment de la notion de peine par celle de la défense sociale, concurremment avec la réadaptation et la rééducation du délinquant et du criminel.

« Le danger de voir ces doctrines déterministes affaiblir l'idée de liberté morale et de responsabilité paraît peu sérieux. La notion subjective naturelle et fondamentale de la responsabilité personnelle est profondément humaine et persiste malgré toutes les expériences déterministes objectives. »

Le thé fut ensuite servi par un essaim de jeunes Alsaciennes et de jeunes Françaises, dont le charme de la conversation égalait celui de l'apparition. Aussi, est-ce à regret qu'il fallait prendre congé, pour regagner par des tramways spéciaux chacun son logis.

Le même jour, à la fin du déjeuner de Stéphansfeld, un petit groupe de congressistes, sous la conduite du docteur Prince, directeur de l'Asile de Hœrdt, partait en voiture visiter le quartier modèle des *aliénés criminels*, dont on peut trouver la description dans l'*Informateur des Aliénistes et Neurologistes* de mars 1920. C'est une des raisons pour lesquelles la photographie du Congrès, prise à ce moment, ne représente pas la totalité des membres qui y participèrent. Ces explorateurs regagnèrent les autres à Strasbourg, pour se rendre avec eux à la réception de l'Hôtel de Ville.

La matinée du mercredi 4 août commença par la visite des services hospitaliers et des locaux d'enseignement médical qui, suivant la mode allemande, sont réunis côte à côte dans la même enceinte. **L'Hôpital civil de Strasbourg** est donc à la fois Hôpital et Faculté, ce qui est une condition excellente pour l'étude de la médecine, réalisée nulle part en France. Cette visite devait être conduite par le directeur de l'établissement, M. Ortlieb. Empêché, il se fit remplacer par le plus aimable et le plus compétent de ses collaborateurs. Pittoresques et vieux bâtiments, dont les toits pentueux et étagés de mansardes abritèrent des générations de malades français dès avant 1870 ; modernes constructions tout flambant neuf, pourvues du plus savant confort, dont beaucoup encore inachevées; services généraux universellement et

légitimement renommés pour le luxe de leur organisation ; machineries, chaufferies installées dans de vastes sous-sols avec leurs impressionnants enchevêtrements d'engrenages que, malheureusement, les flots de l'Ill irritée ne craignent pas de submerger, éteignant les foyers de chauffage et des cuisines de toute l'agglomération, comme il arrriva en hiver 1919 : salles de chirurgie, de radiothérapie, d'électrothérapie, dotées de tous les perfectionnements désirables ; tout fut parcouru en une course forcément rapide à cause de l'immensité des choses à voir et de la brièveté du temps disponible. Mais c'est le service d'hydrothérapie qui suscita le plus d'émerveillement. Le décor oriental de ses halls, avec le marbre de ses gradins, avec l'azur de ses piscines, avec les banquettes de ses lits de repos, évoque quelque palais des Mille et une Nuits à l'heure du bain des..... sultans. Car aucune des formes que l'on voyait s'ébattre dans l'onde transparente ne rappelait celles de Schéhérazade, toutes possédaient les contours que devaient avoir celles de son redoutable seigneur. En effet, c'était précisément le moment d'application de traitement hydrothérapique au service des hommes de l'hôpital.

A l'issue de cette très intéressante pérégrination, tandis que les Aliénistes et Neurologistes se répandaient dans la Clinique Psychiatrique du professeur Pfersdorff et dans la Clinique Neurologique du professeur Barré, les autres membres du Congrès, guidés par MM^mes Courbon et Lalanne, allaient explorer les vieilles ruelles et les verts canaux du quartier improprement appelé **Petite France,** car avec la belle et paisible vétusté de ses habitations, avec les arches de ses ponts centenaires, c'est bien plus de la Hollande et surtout de Bruges qu'il rappelle le souvenir. Dans l'église Saint-Thomas, ils purent admirer, outre le mausolée du Maréchal de Saxe, chef-d'œuvre classique de Pigalle, les restes d'un des plus anciens sitiophobes, dont on connaisse l'observation, puisque, ainsi que le raconte la légende, ce Strasbourgeois inconnu se laissa mourir de faim en 1510, par amour de Dieu et piété.

L'après-midi, le distingué directeur des Musées de la ville, M. Haugg, se mit aimablement à la disposition des congressistes. Avec lui, ils purent contempler les richesses de la **Cathédrale,** justement célèbre dans le monde entier. Avec lui, ils admirèrent dans la maison construite au xvie siècle par quelques Strasbourgeois et où le **Musée Alsacien** a installé ses précieuses collections, toute l'histoire des mœurs de l'Alsace, les styles de ses meubles, les transformations de ses costumes, la naissance de la fameuse coiffe alsacienne qui n'a pas encore cent ans d'existence, ce qui déconcerta beaucoup de visiteurs ; la solidité des constructions, le confort des intérieurs, l'ampleur des poêles portant, sculptés dans la faïence même, le fauteuil de l'aïeul, etc., etc.

Les exigences du travail scientifique ne permirent pas à tout le monde de profiter de cette savante direction pour les visites artistiques de la ville, la discussion de la question neurologique ayant lieu en ce moment à l'hôpital.

Mais on se retrouva tous, le soir après dîner, dans le parc que Napoléon Ier offrit en 1804 à Joséphine, qui depuis lors est devenu, sous le nom d'**Orangerie,** le Bois de Strasbourg. Le Congrès y avait convié les autorités et les personnalités locales pour les remercier de leur si bienveillant accueil. La douce fraîcheur de la nuit, le reposant spectacle des pelouses et du lac, par dessus tout l'exquise bonne humeur de tous les participants à cette réunion aussi simple que cordiale, effacèrent l'impression du fâcheux contre-temps produit au début de la soirée par une confusion de local.

Le lendemain, jeudi 5 août, fut consacré au **Mont Sainte-Odile,** la montagne sainte de l'Alsace. L'insuffisance des moyens de transport n'avait pas permis l'orga-

nisation uniforme de cette excursion. Les marcheurs se divisèrent en trois groupes qui quittèrent le chemin de fer, les uns à Ottrott, les autres à Obernai, les autres à Barr, puis escaladèrent à pied les sapinières ombreuses et parfumées. Les moins vaillants furent, à leur descente de wagon, hissés en automobiles. Les plus sybarites partirent de Strasbourg, menés dans des cars qui, ayant déposé leurs voyageurs à destination, faisaient la navette sur les routes pour secourir les piétons défaillants. Malgré quelques pannes inévitables et sans gravité, à l'heure du déjeuner qui avait été commandé au sommet même de la montagne, dans le couvent fondé par sainte Odile à la fin dn VIIe siècle, il ne manqua personne autour des tables. Les nuages d'un orage, qui n'éclata qu'à la fin de la soirée, s'éclaircirent à plusieurs reprises, donnant de furtives échappées sur le beau panorama de la plaine d'Alsace, continuée au delà du Rhin par le pays badois jusqu'aux murailles sombres de la Forêt Noire. Le retour s'effectua par le Hohwald, la vallée d'Andlau, sans incident et avant la chute de la nuit.

Le vendredi matin, 6 août, le rapide de Mulhouse, que la Compagnie du chemin de fer voulut bien exceptionnellement faire s'arrêter à **Rouffach,** déposa le Congrès sur le quai de la petite gare avec plus d'une heure de retard. Le directeur de l'Asile et sa charmante femme Mme Brissot, accompagnés du docteur Adam, étaient venus à sa rencontre. Un service de voitures ininterrompu lui fit franchir par équipes les 2 kilomètres de distance jusqu'à l'Etablissement. La coquette petite patrie du maréchal Lefebvre avait pavoisé en l'honneur des arrivants, et les façades de l'Asile lui-même, avec la pourpre de ses toits, resplendissaient avec plus d'éclat encore que de coutume. Les autorités locales, sous la présidence du préfet du Haut-Rhin, M. Vallette, dont le court passage au Ministère de l'Hygiène et de l'Assistance publique, avait laissé le meilleur souvenir dans la mémoire des aliénistes, était venu souhaiter la bienvenue à leurs hôtes.

Après une promenade hâtive — le retard du train ayant tellement abrégé la matinée — dans les services généraux, on se rendit à la salle des fêtes. Là, dans le plus somptueux décor, fut servi un magnifique banquet.

De temps à autre, le rideau de la scène se levait pour de gracieux intermèdes joués par la jeunesse du pays en costume national ou en uniforme de soldat français. Et, périodiquement, la fanfare de l'Asile venait attiser de ses accents les plus joyeux la chaleur communicative du festin. Le docteur Brissot prit la parole pour saluer ses convives, rappeler l'intention de réaliser le prototype de l'hôpital psychiatrique moderne qu'avaient eue les Allemands en entreprenant, il y a une douzaine d'années, la construction de cet établissement, dire les grands sacrifices que le maintien de la renommée et de son train coûtait au département, et suggérer de nouveaux moyens pour obtenir le plein rendement d'une aussi superbe institution. Il faudrait citer mot à mot tout le discours que prononça le président du Conseil général du Haut-Rhin, M. Ostermeier. En écoutant et contemplant cet orateur, dont l'autorité reconnue depuis de longues années déjà dans toute l'Alsace en imposa toujours aux chefs de l'occupation allemande, on comprenait comment, grâce à de tels hommes, si profondément pénétrés de patriotisme et d'une si haute dignité, la pensée française avait pu survivre à tous les efforts de destruction de l'oppresseur. De chaleureux applaudissements accueillirent les deux discours. Le président du Congrès, M. le professeur Dupré, avec tout l'à-propos, tout l'esprit et toute la cordialité joviale qui convenaient, exprima la reconnaissance de tous les assistants pour la réception grandiose dont ils avaient été l'objet et dont les charges et mérites de l'organisation revenaient à leur sympathique confrère, le docteur Brissot. La

visite des pavillons, dont on trouvera la description dans l'*Informateur des Aliénistes et Neurologistes* (mars 1920), se fit en sortant de table et devait être suivie d'une séance de communications.

Au moment où ils allaient ouvrir cette ultime séance de travail, les secrétaires généraux eurent à subir le gracieux assaut de la jeunesse des congressistes, qui, après avoir déjà enlevé le consentement des plus vénérés maîtres, demandait que les droits de la Danse ne fussent pas méconnus dans la fête de famille, que devait être le premier Congrès français sur le sol alsacien. Devant un tel argument, force leur fut de capituler. Ils renvoyèrent tables, tapis verts, plumes et encre, appelèrent fanfares et musiciens. Et c'est ainsi que, par un bal improvisé, fut clôturée la XXIVe session du Congrès des Aliénistes et Neurologistes.

La plupart des assistants s'égréna peu à peu au cours de la soirée. Les trains de Mulhouse, de Colmar, les emportèrent dans la direction du retour. Mais les plus intrépides, au nombre d'une quarantaine, restèrent et couchèrent sur leurs positions que la sollicitude des confrères de Rouffach avait, on s'en doute, admirablement organisées pour passer la nuit.

Puis, au petit jour du samedi 7 août, ils s'acheminèrent pour l'ascension, ou plus exactement pour le pèlerinage de la montagne inconnue avant la guerre, mais à jamais gravée depuis dans l'histoire sous les noms alsacien de **Hartmannswiller-Kopf** et français de Vieil-Armand. Le médecin Eck, de Soultz, avait encore pour compagnon un jeune et distingué Alsacien, interne de l'Asile, M. Frey, de Mulhousse, qui avait précisément fait campagne dans les rangs allemands sur ce sanglant champ de bataille. La petite caravane était conduite par notre ami, le docteur Adam, auquel son ruban de la Légion d'honneur conférait le meilleur brevet de guide du Mont sacré, puisque c'est dans les tranchées que les Français y creusèrent, qu'il le trouva. Et c'est un Belge, M. Laboulle, député de la province de Liége, à qui il fut donné d'exprimer en une improvisation poignante les émotions dont l'étreinte commune pesait sur les cœurs et les âmes de tous ces pèlerins d'une terre où se déploya tant d'héroïsme et où s'endurèrent tant de souffrances. Le rédacteur de ces lignes n'était pas là pour les recueillir, ces paroles, qu'on lui dit avoir été si belles. Mais leur transcription fidèle suffirait-elle à rendre une éloquence qui puisait toute sa source dans l'instant et le lieu où elle jaillit ? Et n'est-il pas assez pour le lecteur de savoir les conditions de cette pieuse exploration pour communier pleinement, sans le secours du langage, avec ceux qui l'accomplirent ?

Aussi, qu'ils prennent garde aux illusions de l'impatience de l'affût, ces malveillants guetteurs de la conduite française, laissés en Alsace par l'ennemi. Les paroles saisies simplement par l'oreille et les actes vus seulement par de dehors, ne sont souvent qu'une déformation trompeuse de la vérité. Qu'ils tâchent donc de distinguer entre l'esprit et la lettre d'un mot, comme entre la forme et la signification d'un geste. La gaieté et la plaisanterie ne sont pas plus l'expression d'une sécheresse de cœur ou d'un manque de sérieux que la stéréotypie ou la catatonie ne sont toujours pathognomoniques de démence. Et si, par exemple, ils ne parviennent pas à démêler les sentiments qui décidèrent les aliénistes et neurologistes français à remplacer subitement par un bal la dernière séance de leurs communications scientifiques, qu'ils se bornent à en conclure à la légèreté de leurs jambes, mais non à celle de leur esprit.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉLIMINAIRES

LE CONGRÈS DE STRASBOURG (2-7 août 1920)

A. — RAPPORTS

B. — COMMUNICATIONS

C. — CHRONIQUE DU CONGRÈS

Imp. Lorraine. Rigot et Cie, Nancy